【様式２】

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人済生会支部

埼玉県済生会鴻巣病院

院長　關　紳一　　様

申請者 主たる事務所の所在地

法人の名称

代表者の氏名 　　　㊞

**誓　約　書**

　下記の事項について、虚偽の申請でないことを約束します。

記

１．法律行為を行う能力を有していること。

２．破産者で復権を得ない者でないこと。

３．国税または地方税を滞納していないこと。

４．暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条に掲げる暴力団でないこと。または暴力団若しくはその構成員若しくはその構成員でなくなった日から5年を経過しない者の統制下にないこと。

５．団体概要及び管理実績等に間違いがないこと。

以上