（様式４）

令和　　年　　月　　日

誓　約　書

仙台市健康福祉局長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　私は，「終活周知広報業務委託公募型提案審査随意契約(プロポーザル)募集要項」に記載されている応募者の資格を有していること，また提出する書類等に虚偽のないことを誓約します。

　なお，本誓約に反したことで，参加資格を取り消されても一切の異議を申し立てません。

※暴力団等と関係を有していないことについて、宮城県警に照会させていただく場合がありますので、ご了承願います。