

誓 約 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様

住 所
(所在地)

法 人 名
(名称及び代表者氏名)

実印

大阪市立総合医療センター入院セット運営事業者への応募について、次に掲げる事項に相違ないことを誓約します。

記

- 1 参加申込書の提出に際し、「大阪市立総合医療センター入院セット運営事業者募集要項」及び「大阪市立総合医療センター入院セット運営事業に関する仕様書」について十分理解の上、申し込みます。
- 2 大阪市立総合医療センター入院セット運営事業者募集要項の「3 参加資格」に定める必要な資格を有します。
- 3 入院セット運営事業者の決定に関して、大阪市民病院機構ホームページに事業者名及び決定賃料割合を掲載することに同意します。