

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所  
フリガナ  
氏 名  
（法人にあつてはその名称及び代表者の氏名）  
生年月日 年 月 日（性別）

### 誓 約 書

私は、 年度訪問看護体制機能強化事業設置促進強化費補助金交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

□ 自己及び本事業実施主体の下記の構成員・役員等は、下に掲げるアからウまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、下に掲げるアからウまでのいずれの関与もありません。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者

### 記

（役員等一覧）

| 役 職 名 | フリガナ<br>氏 名 | 住 所 | 生年月日（和暦） | 性別 |
|-------|-------------|-----|----------|----|
|       |             |     |          |    |
|       |             |     |          |    |
|       |             |     |          |    |
|       |             |     |          |    |
|       |             |     |          |    |

※ 記入欄が不足する場合は、必要事項を記入の上、別途、添付すること。