

誓約書

年 月 日

所 在 地

医療機関名

フリガナ

代表者職・氏名

生 年 月 日 年 月 日（性別）

私は、医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進モデル事業補助金の交付申請を行うに当たり、
次の事項について誓約します。

自己及び当該事業の実施主体の構成員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

また、次の各号に掲げる者が、運営に実質的に関与している法人又は団体ではありません。

ア 暴力団

イ 暴力団員

ウ 暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者