

## 誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、多久小城医療企業団が必要な場合には、警察に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が、多久小城医療企業団と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

### 記

1 自己又は自己の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

- (1) 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。）
- (2) 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。）
- (3) 暴力団員が役員となっている事業者
- (4) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者
- (5) 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者
- (6) 暴力団（員）に経済上の利益や便宜を供与している者
- (7) 役員等が暴力団（員）と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者
- (8) 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

2 1の（1）から（8）までに掲げる者が、その經營に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

令和 年 月 日

多久小城医療企業団 企業長 様

住所または所在地

商号または名称

(ふりがな)

代表者職氏名

○  
実印

生年月日（昭和・平成） 年 月 日（男・女）