

誓約書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

(法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名)

印

(医療機関コード：)

支援金の交付を申請した事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、理事、監事若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。））が千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付要綱第2条第2項各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、支援金等の交付を受けるに当たり、上記内容に該当しないことを確認するため、千葉県が千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、支援金の交付を受けられないこと又は支援金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

誓約書

必ず記載してください。

記載例

令和2年〇月〇日

千葉県知事 様

住 所

(法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地)

千葉市中央区市場町◎-▲-◇

氏 名

(法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬局

代表取締役 千葉太郎

代表
者印

押印してください

7桁の医療機関コードを記載してください。

(医療機関コード：0000000)

支援金の交付を申請した事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、理事、監事若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。））が千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業交付要綱第2条第2項各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、支援金等の交付を受けるに当たり、上記内容に該当しないことを確認するため、千葉県が千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、支援金の交付を受けられないこと又は支援金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。