

(別紙1)

誓約書

年 月 日

①

千葉県知事

様

所在地

②

法人名

③

代表者職・氏名

④

印

⑤

【記入時の注意事項】

- ①日付：書類を記入した日付を記載してください
- ②所在地：法人の場合は法人の所在地を記入してください
※事業所所在地ではございません。
- ③法人名：法人名称を記載してください
- ④代表者職・氏名：代表者「職・氏名」を記載してください
- ⑤押印：押印を忘れないよう注意してください

給付金の支給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、取締役、執行役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。以下同じ。）が、千葉県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業給付金支給要綱第2条第3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、給付金の支給申請をするに当たり、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、給付金の支給を受けられないこと又は給付金の支給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。