（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

誓　約　書

（あて先）

佐久広域連合長

所　在　地：

法　人　名：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　㊞

佐久広域連合障害者相談支援センター相談支援業務委託（障がい児・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者）公募型プロポーザル参加の申込みを行うにあたり、佐久広域連合障害者相談支援センター相談支援業務委託（障がい児・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者）公募型プロポーザル実施要領に定める参加資格要件を全て満たしていることを誓約いたします。

また、受託候補者の選定を受けた後に受託候補者の選定を辞退したことにより、佐久広域連合が損害を受けたときは、その損害を賠償いたします。

１　受託希望業務　　相談支援業務（　　　　　　　）