誓　約　書

令和　　　年　　　月　　　日

地方公務員災害補償基金沖縄県支部長　殿

商号又は名称

代表者職氏名

住所又は所在地

　当社は、令和　年　月　日付け療養補償診療報酬明細書点検業務委託に係る入札公告の「２　入札参加資格」を確認し、入札参加資格を満たす者であることを誓約します。