誓　約　書

令和　　年　　月　　日

 福 岡 県 知 事　殿

 団　体　名

 代表者氏名

　福岡県障がい者リハビリテーションセンター指定管理者指定申請を行うにあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

　なお、応募資格の確認のため、貴職が福岡県警察本部に照会することについて承諾します。

記

　・指定管理者募集要領の応募資格の要件を満たしています。

　・提出した申請書類に虚偽又は不正はありません。