（様式３）

　　年　　月　　日

大津町長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

**誓　　　約　　　書**

私は、大津町が実施する「第９期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」策定業務委託にあたり、実施要領に定める参加資格を有するものに該当するものであることを誓約いたします。

また、優先交渉権者の特定を受けた後に優先交渉権者の特定を辞退したことにより、大津町が損害を受けたときは、その損害を賠償いたします。