様式第５号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　宮崎県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ﾌﾘｶﾞﾅ

 氏　名

 　　　（法人にあってはその名称及び代表者の氏名） 　　　　　　 　　　 生年月日　　　　　　　年　月　日（性別）

**誓約書**

私は、在宅歯科医療推進設備整備事業補助金交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

□ 自己及び本事業実施主体の構成員・役員等は、次のアからウまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、次のアからウまでのいずれの関与もありません。

 ア　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

 イ　暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ　暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者