様式６

確　約　書

令和　年　月　日

（あて先）八尾市病院事業管理者

|  |
| --- |
| （申請者）  所在地  商号・名称  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

八尾市立病院ＰＦＩ事業検証業務の担当者については、下記の者が受け持つ事を確約いたします。

記

担当者名

経歴　　　　様式５を参照してください

※担当者が複数名の場合は、様式５にて提出する人数分の氏名を記載してください。