（共通様式９）

誓　　約　　書

平成　　年　　月　　日

福井市長　様

申請者　所在地

名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

福井市介護予防・日常生活支援総合事業指定第一号事業者として、福井市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第６条第１項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、福井市暴力団排除条例第２条第１号に規定する暴力団若しくは同条第３号に規定する暴力団員等又は暴力団若しくは同条第２号に規定する暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者でないことを誓約するとともに、福井市が福井県警察に必要な照会をすることについて承諾します。