誓約書

令和　　年　　月　　日

　岩手県立大船渡病院長　様

住所又は主たる事務所の所在地

名称及び代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　岩手県立高田病院給食業務委託における簡易公募型プロポーザルに参加するに当たり、下記のとおり当社の状況を報告します。

なお、本書の記載内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

１　国又は他の地方公共団体における同種業務の履行状況等

1. 過去５年間における契約解除の有無　　　【 有り ・ 無し 】

〔有りの場合そのてん末及び本県においては誠実に業務を履行する旨の誓約〕

※注：有りの場合、契約解除通知を添付すること。

1. 過去５年間における指名停止処分の有無　【 有り ・ 無し 】

〔有りの場合そのてん末及び本県においては誠実に業務を履行する旨の誓約〕

※注：有りの場合、指名停止通知を添付すること。

２　従業員の労働福祉の状況等

1. 雇用時の最低賃金額（令和３年７月１日現在）

　　　　　　　　円　　【　月額　・　日額　・　時間額　】

1. 過去５年間における賃金未払いの有無　　【 有り ・ 無し 】

〔有りの場合そのてん末及び本県においては同様の事態を生じさせない旨の誓約〕

1. 社会保険制度への加入状況等

　ア　加入状況　【 労働者災害補償保険　・　雇用保険　・　健康保険　・　厚生年金保険 】

　　イ　未納の有無　【 有り ・ 無し 】

(4)　従事者の過去1年間の健康診断の実施の有無及び令和２年度実施の有無

　　過去１年間の健康診断実施【 有り ・ 無し 】

　　　令和３年度実施予定　　 【 有り ・ 無し 】

**※注：【 】内は、該当するものに「○」印を付すこと。**