様式第２号

令和６年６月　　日

長崎県知事　大石　賢吾　様

申請者　　住　所

氏　名

誓　約　書

私は令和６年度長崎県看護補助者処遇改善事業補助金交付申請を行うにあたり、次の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、長崎県警察本部に照会することについて承諾します。

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等は、次のアからウのいずれにも該当するものは

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その他知事が認めるもの

□　補助事業等又は間接補助事業等を行うにあたり、上記アからウに掲げる者（以下「暴力団等」という。）と契約を締結しません。

□　暴力団等をこの事業に係る間接補助事業者にしません。

□　暴力団等から不当な要求行為を受けた場合は、速やかに県に報告するとともに、警察に通報します。

県では、長崎県暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団でない旨の誓約をお願いしています。

発行責任者及び担当者

発行責任者　○○　○○　（連絡先○○○－○○○－○○○○）

発行担当者　△△　△△　（連絡先△△△－△△△－△△△△）

記載例

様式第２号

●県へメールで提出する日付を入れてください

●交付申請書の日付と同じにしてください

令和６年６月●●日

長崎県知事　大石　賢吾　様

申請者　　住　所　長崎市●●町●●－●●

氏　名　医療法人●●会　●●病院

下部の発行責任者・発行担当者を明記して

いただければ押印は不要です

院長　●●　●●

誓　約　書

私は令和６年度長崎県看護補助者処遇改善事業補助金交付申請を行うにあたり、次の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、長崎県警察本部に照会することについて承諾します。

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等は、次のアからウのいずれにも該当するものは

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その他知事が認めるもの

☑　補助事業等又は間接補助事業等を行うにあたり、上記アからウに掲げる者（以下「暴力団等」という。）と契約を締結しません。

☑　暴力団等をこの事業に係る間接補助事業者にしません。

☑　暴力団等から不当な要求行為を受けた場合は、速やかに県に報告するとともに、警察に通報します。

県では、長崎県暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団でない旨の誓約をお願いしています。

発行責任者・発行担当者の氏名と連絡先を記載してください

発行責任者及び担当者

発行責任者　○○　○○　（ 連絡先 095-○○○-○○○○ ）

発行担当者　△△　△△　（ 連絡先 095-△△△-△△△△ ）