

(様式第1号)

年 月 日

茨城県保健医療部健康推進課長 殿

申込者名

団体 ID 発行申込書 兼反社会的勢力排除に関する誓約書

このことについて、事業所単位での参加をしたいので、本書のとおり申し込みます。

また、当事業所が暴力団等の反社会的勢力に所属せず、これらのものとの関係を有していないことを誓約します。

1 申込団体情報

事業所(団体)名※	
代 表 者 名	
住 所	
電 話 番 号	

※アプリで表示される名前になります。事業所(団体)名以外は公表されません。

2 この申込書兼誓約書の記載責任者及び連絡先

氏名(ふりがな)	
所 属	
住 所※	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l ※	

※団体 ID の送付先となります。どちらかを必ずご記入ください。