［様式４］

令和６年　月　日

つがる西北五広域連合病院事業管理者　様

同　意　書

提案者（法人）名

法人の所在地　　〒　　　-

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次に記載するものについて、暴力団等でないことを警察等関係機関へ照会することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |

* 「取締役等氏名」の欄には、取締役（社外取締役を含む）及び監査役（社外監査役を含む）にある者の氏名を記載すること。