（様式７号）

令和　　年　　月　　日

泉大津市立周産期小児医療センター

泉大津市病院事業管理者　様

所在地

名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

承諾書

私は、下記業務の令和8年度以降の１年間で年度予算が成立しない場合は、当該年度に係る契約も成立しないことを承諾します。

その場合において、泉大津市立周産期小児医療センターに対し損害賠償請求、その他一切の請求、要求は行いません。

記

業務名：泉大津市立周産期小児医療センター患者給食業務

以上