

確 約 書

平成 年 月 日以降送迎サービスを受けるにあたり、送迎サービス実施中又は実施後に生じた症状などの急変については、当方で一切の責任を負うことを確約いたします。

平成 年 月 日

社会福祉法人鞍手町社会福祉協議会 殿

申請者 住所 鞍手町

氏 名 印