（参考様式第７号）

誓約書

（訪問型サービス（訪問介護）指定事業者用）

（通所型サービス（通所介護）指定事業者用）

令和　　年　　月　　日

三春町長

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職氏名　　　　　　　　　　㊞

　申請者、申請者の役員及び管理者は、介護保険法第１１５条の４５の５第２項に該当しない者であることを誓約します。