誓約書

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 住所 |  |

申請者が介護保険法第115条の45の５第２項に該当しないことを誓約します。

　また、下記の各個人については、筑後市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年告示第５号）第18条に規定する者に該当しないことを誓約するとともに、筑後市長が必要であると判断した場合は、第18条に規定する者であるかについて警察へ照会することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | 性別 | 生年月日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日 |

備考 　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役員又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役。執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について、記名してください。

　　　　　法人の代表者は、役員全員に個人情報の使用目的と提供先について同意を得た上で記入してください。