

承 諾 書

栃木県が実施する在宅難病患者・家族支援事業実施要領に基づく令和
(20) 年度難病患者在宅介護支援事業「一時入院支援事業」を受託
することについて承諾いたします。

令和 (20) 年 月 日

栃木県知事 福 田 富 一 様

所在地

受託機関名

受託機関代表者役職

受託機関代表者名

電話番号

担当者所属・担当者名

< 契約権限者情報 (契約書の署名欄に記載する情報) >

住所	
法人名・医療機関名	
契約権限者 職名	
契約権限者 氏名	