

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「難病患者在宅レスパイト事業」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・訪問看護ステーション名等 | |
| 契約権限者 職名 | |
| 契約権限者 氏名 | |

