

## 確 約 書

福祉自動車使用にあたって、使用中または、使用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。

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(利用者との続柄) \_\_\_\_\_

社会福祉法人 吉野川市社会福祉協議会長 様