

様式第2号(第5条関係)

年 月 日

和気町長 様

申請者	事業所の所在地	
	法人の名称及び 代 表 者 名	
	事業所の名称 及び責任者の 氏名(電話番号)	㊟

誓 約 書

- (1) 和気町介護サービス計画情報提供要綱に基づき、提供を受けた次の情報は、介護サービス計画の作成以外の目的に利用しません。
- (2) 提供を受けた情報は、個人のプライバシーに関する情報であることを十分認識し、その管理には細心の注意を払います。
- (3) 指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議の場で居宅サービス事業者に情報を提示した場合は、会議終了後回収します。
- (4) 提供を受けた情報は、当事業所で管理し、他の事業者に写しを交付しません。

被保険者	氏 名		被保険者番号	
	住 所			
受 取 書 類		年 月 日認定に係る次の書類の写し ① 認定調査票(特記事項を含む。) ② 一次判定結果 ③ 認定結果通知書 ④ 主治医意見書		
受 取 年 月 日		年 月 日		