誓　　約　　書

年　　月　　日

　　小野町長　様

 申請者　住所

 （介護者）

　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　小野町地域生活支援事業実施規則に基づく訪問入浴サービス事業を受けるに当たり、万一これに伴う事故が発生しても一切の意義はもうしません。また対象者の身体の状況等に急変があった場合において、必要と認める措置をとることについて同意し、その措置に要する費用等については、私儀において負担します。