

(参考様式9-4)

介護保険法第86条第2項各号等の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

(あて先)
大津市長

所在地
申請者
名 称
代表者名

申請者(役員)が介護保険法第86条第2項各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

役員等名簿			
(フリガナ) 氏 名	生年月日	住 所	
	役職名・呼称	TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX

備考 当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)及び事業所を管理する者について記入してください。