

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

(極度額 ￥300,000)

利用者

〈住所〉

〈氏名〉

印

連帯保証人

〈住所〉

〈氏名〉

印

事業者

〈事業者名〉 ふじみ介護医療院

〈住所〉 大分県別府市北のヶ浜町 5 番 19 号

〈代表者名〉 管理者 内田 一郎 (印)

R8.6 月現在