

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〉

㊟

連帯保証人

〈住所〉

〈氏名〉

㊟

事業者

〈事業者名〉    ふじみ介護医療院

〈住    所〉    大分県別府市北的ヶ浜町 5 番 19 号

〈代表者名〉    管理者    内田    一郎                      ㊟

R7.4 月現在