様式１－７

令和　年　月　日

兵庫県知事　様

　　　 　　　　　　　 　　　申請者　 住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　 　　団体名（法人名)

　　　　　　　　　　　　 　　代表者名（職･氏名)

　　電話（　　　）　　－　　　番

　　電子ﾒｰﾙ

誓　約　書

　私は、下記福祉用具専門相談員指定講習事業を実施するにあたり、兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱を遵守し、質の高い講習事業を実施することを誓約するとともに、知事が必要と認めるときは、要綱９（１）による事務所及び講習実施場所の実地調査について全面的に協力します。

記

１　講習の名称

２　実施主体