

様式第 5 号 (第 5 条関係)

春日市障害者等日常生活用具給付取扱承諾書

年 月 日

(宛先) 春日市福祉事務所長

住所又は
所在地

事業者名

代表者
職氏名

印

電話 () -
F A X () -

春日市障害者等日常生活用具給付事業実施規則第 5 条第 2 項に規定する納入業者として同規則に基づき、下記の日常生活用具の給付を取り扱うことを承諾します。

記

受諾する品目	
--------	--