

(様式 2-2)

【事業者の所属長】

平成 年 月 日

## 承 諾 書

公益財団法人

フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団

代表理事 理事長 池 田 茂 殿

機 関 名 \_\_\_\_\_

所属長職名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

次の職員が平成 29 年度 (公財) フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団事業助成金の交付を受けて次の課題の事業を実施することを承諾します。

事業課題名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

事業者職名 \_\_\_\_\_

事業者氏名 \_\_\_\_\_