

診療依頼証の不提示にかかる誓約書

私は別府市がん検診等・生活習慣病健診を「診療依頼証」の不提示にて受診するにあたり、下記の内容に同意することを誓約いたします。

記

- 1 生活保護の受給者である確認を行うこと。
- 2 今回の検（健）診受診後に、生活保護の受給者でないことが判明した場合、その費用を別府市へ返還すること。

別府市長 あて

令和 年 月 日

住 所	
電話番号	
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日

受付機関名	
-------	--