

# 誓 約 書 【HP/ R6.12】

私は、この度福岡県歯科医師国民健康保険組合加入にあたり、不当に福岡県歯科医師国民健康保険組合被保険者規程に違反し迷惑をかけた場合は、その生じた一切の費用を福岡県歯科医師国民健康保険組合に弁償することを誓約致します。

令和 年 月 日

勤務地 所在地住所.....

歯科医院名.....

組合員 住 所.....

氏 名.....印

電 話.....

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

「注」勤務先に問い合わせる場合もございますので、ご了承ください。