

確 約 書

平成 年 月 日に発生しました下記事故による の
治療費については、過失の割合に応じて私において支払うことを確約いたします。

記

事故の概要

平成 年 月 日
令和

公立学校共済組合長崎支部長 様

〒
住 所
氏 名
電 話

印