

重要事項説明書 (移動支援事業)

2024年4月1日改定

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号平成18年9月29日）」第9条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 移動支援サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 ホワイト
代表者氏名	代表取締役 白石 康子
本社所在地 (連絡先)	福岡県福岡市南区玉川町7-28 日野山第二ビル102 TEL 092-408-1290
設立年月日	2008年9月

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ケアステーションホワイトクローバー
サービスの主たる対象者	身体障害者 知的障害者 障害児（18歳未満の身体障害者及び18歳未満の知的障害者） 難病等対象者
福岡県指定 事業所番号	移動介護 4061200616号
事業所所在地	福岡市南区玉川町7-28-102
連絡先	TEL 092-408-1290
相談担当者名	FAX 092-408-1291 管理者 白石 康子

事業所の通常の 事業実施地域	福岡市及びその近郊、春日市、大野城市、筑紫野市、那珂川市
-------------------	------------------------------

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社ホワイトが設置するケアステーションホワイトクローバー（以下「事業所」という）において実施する指定障害福祉サービス事業の地域生活支援事業 移動支援（以下「移動支援」という）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、移動支援の円滑な運営管理を図るとともに、利用者及び障害児の保護者（以下「利用者等」という）の意思及び人格を尊重し、利用者等の立場に立った適切な移動支援の提供を確保することを目的とする。
運営方針	地域に密着した質の高い移動支援サービスを目指し、特に教育、研修に力を注いでいます。担当スタッフは、利用者の立場にたった心のこもった対応をモットーにし、ご利用者の自立支援をお手伝いします。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	事務所窓口 9:00～18:00 月曜日から金曜日まで ただし、祝日及び8月13日から8月15日と12月30日から1月3日までを除く
営業時間	電話受付 9:00～18:00

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	年中無休
サービス提供時間	24時間とする

(5) 事業所の職員体制

事業所の管理者	白石 康子
---------	-------

職種	職務内容	人員数
サービス提供責任者	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者が外出先において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、障害福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、支援の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者又は障害児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した移動支援計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に移動支援計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 移動支援計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて移動支援計画の変更を行います。 5 指定移動支援事業所に対する指定移動支援の利用の申込みに係る調整を行います。 6 移動支援従業者（以下ヘルパーという）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 	2名以上 (常勤含む)
移動支援従業者	<ol style="list-style-type: none"> 1 移動支援計画に基づき、移動支援サービスを提供します。 2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 	20名以上 (常勤含む)
事務職員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	1人以上

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
移動支援計画の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた手順書を作成し、この手順書を元に移動支援計画を作成します。
外出時の移動の介護、介助 外出先での排泄、食事等の介護、介助、代筆、代読等 外出に伴い必要と認められる身の回りの世話	

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

利用料金の目安は次表のとおりです。

福岡市移動支援事業者利用料金表

地域区分：5級地

1. 身体介護を伴う場合

	利用料	利用者負担額
(1) 所要時間 30 分未満の場合	2,970 円	297 円
(2) 所要時間 30 分以上 1 時間未満の場合	4,690 円	469 円
(3) 所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満の場合	6,820 円	682 円
(4) 所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満の場合	7,760 円	776 円
(5) 所要時間 2 時間以上 2 時間 30 分未満の場合	8,720 円	872 円
(6) 所要時間 2 時間 30 分以上 3 時間未満の場合	9,710 円	971 円
以降 30 分増す毎に	約 970 円	約 97 円

2. 身体介護を伴わない場合

	利用料	利用者負担額
(1) 所要時間 30 分未満の場合	1,260 円	126 円
(2) 所要時間 30 分以上 1 時間未満の場合	2,370 円	237 円
(3) 所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満の場合	3,320 円	332 円
(4) 所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満の場合	4,110 円	411 円
(5) 所要時間 2 時間以上 2 時間 30 分未満の場合	4,920 円	492 円
(6) 所要時間 2 時間 30 分以上 3 時間未満の場合	5,740 円	574 円
以降 30 分増す毎に	約 800 円	約 80 円

利用者は、その収入によって設定された上限月額範囲内で、その費用の 1 割を事業者に支払うものとします。上限月額はお手持ちの「地域生活支援事業受給者証」に記載されているとおりです。

利用者負担額（1 か月当り）		
区分	説明	算定事例
費用（A）	福岡市が定めた基準額及び算定方法に基づき算出した金額となります。 * 単価区分、利用日数等により金額が異なります。	130,000 円【例】
利用者負担割合（B）	1 割	1 割【定率】
利用者負担上限月額（C）	受給者証に記載された額	12,300 円【例】
利用者負担額（D）	費用（A）×負担率 1 割（B）	$130,000 \text{ 円} \times 0.1 = 13,000 \text{ 円}$
他の地域生活支援事業（移動支援、生活サポート、日中一時支援）に係る分も含めた 1 か月当りの利用者負担額（D）が利用者負担上限月額（C）を超える場合の利用者負担請求金額（E）	利用者負担上限月額を超えないよう減額されます。 * 「利用者負担上限月額」は福岡市発行の受給者証に記載されており、地域生活支援事業（移動支援、生活サポート、日中一時支援）に係る利用者負担額（D）の合計が利用者負担上限月額（C）を超えた場合は、利用者負担額の請求金額は上限月額まで減額されます。	他の地域生活支援事業の利用者負担額が 12,000 円の場合、利用者負担額の合計は $13,000 \text{ 円} + 12,000 \text{ 円} = 25,000 \text{ 円}$ となります。しかし、月額上限額が算定事例の <u>12,300 円</u> のときは、利用者負担額の請求金額は月額上限額の 12,300 円となるよう減額されます。

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、移動支援計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、移動支援計画の見直しを行いません。

※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が2人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。

※ 利用者の体調等の理由で移動支援計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

どちらかを選択してください。() 内に○印を記入してください。

() 「法定代理受領」を選択し、事業者に対し1割負担のみを支払う。

() 「償還払い」を選択し事業者に対し10割全額を支払い、市区町村への請求を行う。

4 その他の費用について

<p>① 交通費</p>	<p>通常の事業の実施地域以外の地域において移動支援を行う場合は、次の額を徴収するものとする。</p> <p>(1) 通常の事業の実施地域から片道5キロメートル以上 200円</p> <p>上記の費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者等に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者等の同意を得るものとします。</p> <p>* 移動支援については、別途外出中の交通費が必要となります。</p>					
<p>② キャンセル料</p>	<p>サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="507 763 991 864"> <p>前日の18時までにご連絡があった場合</p> </td> <td data-bbox="991 763 1422 864"> <p>無料</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 864 991 958"> <p>サービス開始時間にヘルパーがお伺いしても、ご不在だった場合</p> </td> <td data-bbox="991 864 1422 958"> <p>提供あたりの利用料の50%を請求いたします。</p> </td> </tr> </table>	<p>前日の18時までにご連絡があった場合</p>	<p>無料</p>	<p>サービス開始時間にヘルパーがお伺いしても、ご不在だった場合</p>	<p>提供あたりの利用料の50%を請求いたします。</p>
<p>前日の18時までにご連絡があった場合</p>	<p>無料</p>					
<p>サービス開始時間にヘルパーがお伺いしても、ご不在だった場合</p>	<p>提供あたりの利用料の50%を請求いたします。</p>					
<p>※ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。</p>						
<p>③ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の ④ 費用④通院介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費</p>	<p>利用者（お客様）の別途負担 となります。</p>					
<p>利用者負担額その他の費用の支払い方法について</p>	<p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月20日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の26日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 現金支払い (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 事業者指定口座への振り込み 福岡銀行 高宮支店 普通預金 1617303 口座名義人 株式会社ホワイト 代表取締役 白石 康子</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>					

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から2月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくことがあります。

5 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア	相談担当者氏名	白石 康子
	イ	連絡先電話番号	092-408-1290
		同 ファックス番号	092-408-1291
	ウ	受付日および受付時間	9:00~18:00

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

6 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、地域生活支援事業受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 移動支援計画の作成

確認した支給内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「移動支援計画」を作成します。作成した「移動支援計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

サービスの提供は「移動支援計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(3) 移動支援計画の変更等

「移動支援計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者及び担当者を選定しています。

虐待防止に関する 責任者及び担当者	責任者：白石 康子
----------------------	-----------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会を設置し、定期的を開催するとともに、委員会での検討結果を従業員に周知徹底します。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○ 事業者は、従業員に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
②個人情報の保護について	<p>○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

9 事故発生時及び緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する移動支援の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する移動支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償

を速やかに行います。

1.1 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、移動支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	病 院			
	医師名			
	連絡先			
主治医への連絡基準				
緊急搬送 希望先 病院	病 院			
	医師名			
	連絡先			
ご家族	氏 名		続 柄	
	連絡先			
	氏 名		続 柄	
	連絡先			

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 株式会社全福サービス
03-3252-2035

1.2 身分証携行義務

移動支援従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1.3 心身の状況の把握

移動支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1.4 連絡調整に対する協力

移動支援事業者は、移動支援の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

1.5 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

移動支援の提供に当たり、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

- ① 移動支援の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 移動支援の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

17 苦情解決の体制及び手順

- ① 提供した指定居宅介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

【事業者の窓口】 ケアステーションホワイトクローバー 管理者 白石 康子	所在地 福岡市南区玉川町7-28-102 電話番号 092-408-1290 ファックス番号 092-408-1291 受付時間 9:00~18:00	
【市町村の窓口】 機関名	電話番号	ファックス番号
東区 福祉・介護保険課	645-1067	631-2191
博多区 福祉・介護保険課	419-1079	441-1701
中央区 福祉・介護保険課	718-1100	715-5010
南区 福祉・介護保険課	559-5121	512-8811
城南区 福祉・介護保険課	833-4102	822-0911
早良区 福祉・介護保険課	833-4353	831-5723
西区 福祉・介護保険課	895-7064	881-5874
春日市役所	584-1111	584-1145
大野城市役所	580-1859	573-7791
筑紫野市役所	923-1111	923-5391
那珂川市役所	953-2211	953-0688
【公的団体の窓口】 福岡県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 春日市原町 3丁目1番7号 福岡県総合福祉センター クローバープラザ内 電話番号 092-9 15-3511 ファックス番号 092-9 15-3512	

18 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

上記内容について、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号平成18年9月29日）」第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福岡市南区玉川町7-28-102		
	法人名	株式会社 ホワイト	印	
	代表者名	代表取締役 白石 康子		
	所在地	福岡市南区玉川町7-28-102		
	事業所名	ケアステーションホワイトクローバー		
	説明者氏名			

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	氏名	印
-----	----	---

私は、本人の契約意思を確認し代筆いたしました。

代筆理由			
代筆の場合	氏名	印	
身元引受人	氏名	印	

個人情報の利用目的

株式会社ホワイトでは、「個人情報保護法」および、利用者様の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報保護に関わる基本方針」に基づき、利用者様ならびその家族の個人情報を下記利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。なお、サービス提供期間終了後についても同様とします。

【利用者様への介護サービス提供に関する利用】

利用目的

- ・利用者様のニーズに応じた適切な介護サービスを提供するため
- ・利用者様の介護サービス利用に関する介護保険請求、その他の事務を行うため
- ・利用者様にサービスを提供する他事業所等との連携（サービス担当者会議での情報提供、照会への回答、業務委託など）のため
- ・利用者様の診療等に当たり、外部の医師との連携のため
- ・家族等へ利用者様の心身の状況を説明するため
- ・事故等の緊急時において円滑に連絡・報告を行うため
- ・損害賠償等に関わる保険会社等への相談又は届出のため

【上記以外の利用】

利用目的

- ・介護サービスおよび管理運営業務の維持・改善の基礎資料とするため
- ・事業所において学生等の現場実習を行うため
- ・事業所において事例研究等を行うため
- ・外部監査機関、評価機関等への必要情報提供のため

なお、上記利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う際には、あらかじめ利用者様本人もしくは家族の同意を得ることとします。また、個人情報を利用した会議の内容や相手方などについて、本人または家族から請求があれば開示するものとします。

個人情報利用の同意書

私および家族は、株式会社ホワイト ケアステーションホワイトクローバーが別に定める個人情報の利用について同意します。

令和 年 月 日

本人（利用者）住所

氏名

印

[代筆の場合] 氏名

（身元引受人・連帯保証人）

年 月 日
家族 住所

氏名

印 続柄（ ）

年 月 日
家族 住所

氏名

印 続柄（ ）

年 月 日
家族 住所

氏名

印 続柄（ ）

暴力団等排除に関する誓約書

令和 年 月 日

株式会社ホワイト

代表取締役 白石 康子 殿

(本人)	住所	
	氏名	印
(代筆の場合)	代筆者名	印
	理由	
(連帯保証人)	住所	
	氏名	印
(身元引受人)	住所	
	氏名	印

私は、株式会社ホワイト（以下貴社）とのすべての取引（契約書等書面のあるものに限られない）について、下記の事項を誓約致します。

1. 私は、自身または家族もしくは親戚が、暴力団員・準構成員、暴力団関係企業、特殊知能暴力集団等その他これらに準じる者に該当しないこと、およびこれらの者と密接な関わりを有する密接交際者でないことを表明し保証します。

2. 私は、自らまたは第三者を利用して、暴力的な要求行為、法的責任を超える不当な要求行為、詐術・脅迫的行為、業務妨害行為その他これらに準ずる行為を行わないことを表明し保証します。

3. 前2項に違反した場合、貴社が何らの通知催告なしに、直ちにこの契約の全部または一部を解除できることを承諾し、異議の申し立てを行いません。

4. 貴社が、第1項および第2項に反するおそれがあると認め、当該事項に関する報告を求めた場合は、速やかに報告いたします。

この誓約書に定めるもののほか、暴力団等排除に関する事項は各都道府県暴力団排除条例に準じます。