

(介護予防) 通所リハビリテーション利用同意書

周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑（介護予防）通所リハビリテーションを利用するにあたり、周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

〈利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

〈身元引受人〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑
施 設 長 田 中 攸 一 良 様

[本約款5の請求金額の連絡先及び領収書の送付先]

フリガナ氏名	続柄 ()
住 所	〒
電 話 番 号	
支 払 方 法	①現金（窓口支払） ②銀行振込 ③口座振替（山口銀行）

※口座振替をご希望の方は、事前に手続きが必要ですので、事務窓口までご相談ください。

なお、口座振替手数料（150円税別）は利用者側のご負担となりますのでご了承ください。

[本約款9の3事項の緊急連絡先]

連絡順	緊急時連絡者氏名		続柄	連 絡 先
①	フリガナ氏名			携 帯 自 宅
	住 所	〒		勤め先
②	フリガナ氏名			携 帯 自 宅
	住 所	〒		勤め先
③	フリガナ氏名			携 帯 自 宅
	住 所	〒		勤め先

※緊急時連絡先はできるだけ多くご記入ください。

※緊急時連絡先は①から③の順に連絡します。なお、当施設からの連絡は、最初に連絡が取れた方に対してのみご連絡いたします。