

地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス）利用同意書

デイサービス寿限無において、地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス）サービスの提供を受けるにあたり、地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス）利用約款及び重要事項説明書（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。

年 月 日

○ 利用者

・氏名	
・住所	〒
・電話番号	

○ 身元引受人

・氏名	(続柄 )
・住所	〒
・電話番号	

デイサービス寿限無 管理者様

(説明日)	年 月 日
(説明者)	_____

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏名	(続柄 )
・住所	〒
・電話番号	

【本約款第11条2項事故発生時の連絡先】

・氏名	(続柄 )
・住所	〒
・電話番号	