

通所介護事業所つれづれ利用同意書 (地域密着型通所介護)

令和 年 月 日

当事業所の地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

通所介護事業所つれづれ

説明者職名 _____

氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業所の職員から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 氏名 _____ (印)

住所 _____

電話 _____

家族等 氏名 _____ (印)

住所 _____

電話 _____