

介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」

通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設滝根「聖・オリオンの郷」通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設滝根「聖・オリオンの郷」通所リハビリテーション重要事項説明書1・2及び利用約款を受領し、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。

平成 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」

管理者 田中 リナ 様

【本約款第7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項の緊急時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	〒
・電話番号	