

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
重要事項に関する承諾書

介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」の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、その内容を
承諾します。

説明日 平成 年 月 日

説明担当者 _____ 印

承諾者氏名 (利用者) _____ 印

承諾者氏名 (身元引受人) _____ 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