

♥ 医療法人 社団 桑崎会  
介護老人保健施設 佐野ナーシングクワサキ  
介護予防短期入所療養介護 利用同意書

介護予防短期入所療養介護を利用するにあたり、利用料金説明書と重要事項説明書を受領し、これらの内容に関し事業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。

又、施設の定める料金を支払うことに同意すると共に、下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

1. 介護老人保健施設 佐野ナーシングクワサキの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設 佐野ナーシングクワサキに対し一切迷惑をかけません。

※お手数ですが、「同上」の使用はご遠慮ください。

年 月 日

<利用者>

住 所

電話番号

ふりがな

氏 名

印

<契約者>

住 所

電話番号

ふりがな

氏 名

印

医療法人 社団 桑崎会  
理事長 桑崎 彰嗣 殿

【請求書及び領収書の送付先】

ふりがな 氏 名	(続柄 )
住 所	〒
電話番号 携帯番号	

【緊急連絡先】

ふりがな 氏 名	(続柄 )
住 所	〒
電話番号 携帯番号	

【連帯保証人(上記の方々とは住所が違う方)】

ふりがな 氏 名	(続柄 )
住 所	〒
電話番号 携帯番号	