

介護老人保健施設「通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)」利用同意書

介護老人保健施設西美濃さくら苑の施設通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を利用するにあたり、介護老人保健施設通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用約款及び別紙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、十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者	氏 名	印
	住 所	
身 元 引受人	氏 名	印
	住 所	

介護老人保健施設西美濃さくら苑
理事長 今村 明 殿

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな 氏 名		続柄	自 宅	TEL
			携 帯	TEL
住 所	〒			

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】

①	ふりがな 氏名		続柄	自 宅	TEL
	住所			〒	携 帯
勤務先				名称	
				TEL	
②	ふりがな 氏名		続柄	自 宅	TEL
	住所			〒	携 帯
勤務先				名称	
				TEL	
③	ふりがな 氏名		続柄	自 宅	TEL
	住所			〒	携 帯
勤務先				名称	
				TEL	