

介護老人保健施設通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設シルバーポートつかばらの通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設通所リハビリテーション利用約款及び別紙1(通所リハビリテーション利用案内)・別紙2(利用料金表)・別紙3(個人情報の利用目的)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。

____年 ____月 ____日

ふりがな
《利用者》 氏 名 : _____ 印

生年月日 : _____

住 所 : _____

《身元引受人》 氏 名 : _____ 印

住 所 : _____

電話番号 : _____

老人保健施設シルバーポートつかばら
管 理 者 殿

【本約款第6条における利用料支払い方法】

☐①口座振替 ☐②窓口での現金支払い ☐③施設指定口座への振り込み

※請求書及び領収書送付先

ふりがな 氏 名	(続柄)
住 所	(電話番号 :)

【本約款第10条2項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

ふりがな 氏 名	(続柄)
住 所	(電話番号 :)