

私は、当該施設の支援相談員より、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問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の説明を受け、これらが契約内容である旨を十分に理解し同意の上、この約款に基づく訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの利用を申し込みます。

契約締結日 令和 年 月 日

<利用者> 住 所 〒 _____

名 前 _____ 電話 _____ - _____ - _____

<連帯保証人> 住 所 〒 _____

名 前 _____ 続柄 () 電話 _____ - _____ - _____

<家族> 住 所 〒 _____

名 前 _____ 続柄 () 電話 _____ - _____ - _____

<第2連絡先> 住 所 〒 _____

名 前 _____ 続柄 () 電話 _____ - _____ - _____

緊急時の連絡先・順位（優先順位を記入）

() 連帯保証人 () 家族 () 第2連絡先

請求書・明細書及び領収書の送付先（支払義務者）

利用者 連帯保証人 家族 第2連絡先

私は、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの事業所として、利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

本約款は、「利用者」「連帯保証人」「家族」「第2連絡先」本人が自署する場合は押印不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。

尚、本契約を証するため、本書を2通作成し、利用者と施設が1通ずつ保管するものとします。

事業所	住 所	札幌市豊平区中の島1条8丁目3番18号
	事業所名	独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院附属介護老人保健施設
	施設長	古家 乾
	電話番号	011-813-2222
	FAX番号	011-813-3833
	事業所番号	第0150580017号