

社会福祉法人 湖聖会

重要事項説明書

通所介護

令和7年6月1日 改定

デイサービスセンター月のあかり

通所介護 重要事項説明書

＜令和 7年 6月 1日 現在＞

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 湖聖会 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県富士宮市大鹿窪143番地1 |
| 代表者名 | 理事長 湖山泰成 |
| 設立年月日 | 平成10年12月15日 |
| 電話番号 | 0544-67-0655 |
| FAX番号 | 0544-67-0656 |
| ホームページ | http://www.s-koseikai.jp/ |

2 事業所（ご利用施設）の概要

| | | | |
|-------------|------------------|------------|--|
| 施設の名称 | デイサービスセンター 月のあかり | | |
| 施設の所在地 | 静岡県富士市大淵847番地4 | | |
| 事業所指定番号 | 2272302825 | | |
| 管理者の氏名 | 西尾希実 | | |
| 電話番号 | 0545-35-4567 | | |
| FAX番号 | 0545-35-3111 | | |
| 第三者評価の実施の有無 | 無 | 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | | 評価結果の開示状況 | |

3 ご利用施設で合わせて実施する事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | 利用定員 |
|----------------|-------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 介護老人福祉施設 | 平成27年10月01日 | 2272302684 | 130名 |
| (介護予防)短期入所生活介護 | 平成27年10月01日 | 2272302684 | 20名 |

4 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 利用者一人ひとりの意志および人格を尊重し、居宅サービス計画に基づき、その居宅における生活と利用後の生活が連続したものになるよう配慮しながら、利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することを目的とする。 |
|-------|---|

| | |
|-------|---|
| 運営の方針 | 事業所の従業者は、利用者的心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した生活ができるよう、必要な日常生活の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図るものとする。また、事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健医療福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |
|-------|---|

5 施設の概要

＜構造など＞

| | |
|-----|--|
| 敷 地 | 6, 506. 95m ² |
| 建 物 | 構 造 鉄骨造り2階建て |
| | 延べ床面積 4, 810. 32m ² (施設全体) |
| | 利 用 定 員 35名 |

＜主な設備＞

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 備考 |
|----------|----|-----------------------|--------|
| 食堂兼機能訓練室 | 1 | 167.60 m ² | |
| 浴室 | 3 | 47.30 m ² | |
| 機械浴室 | 1 | 9.00 m ² | |
| トイレ | 3 | 12.00 m ² | |
| 喫煙室 | 2 | 9.60 m ² | 入所と共に用 |
| 静養室 | 1 | 31.26 m ² | |
| 医務室 | 1 | 26.76 m ² | 入所と共に用 |
| 相談室 | 1 | 8.71 m ² | |

6 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 員数 | 職務の内容 |
|---------|-------------------|---|
| 管理者 | 1名 (入所・短期兼務) | 事業所の責任者としてその管理と統括を行う |
| 生活相談員 | 1名以上 | 利用者およびその家族からの相談に適切に応じるとともに、市町村・他事業所との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う |
| 介護職員 | 5名以上 | 利用者の居宅サービス計画および個別援助計画に基づく介護を行う |
| 看護職員 | 1名以上 | 利用者の日常的な健康管理と急変時の対応を行う |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | 利用者の居宅サービス計画および個別機能訓練計画に基づく機能訓練を行う |
| 管理栄養士 | 4名以上 (入所・短期兼務) | 献立の作成・栄養指導・嗜好調査および残食調査など利用者の食事管理を行う |
| 栄養士・調理員 | 8名以上 (入所・短期兼務) | 利用者の食事の調理を行う |

| | | |
|---------|-------------------|----------------------------------|
| 歯科衛生士 | 1名以上 | 利用者の口腔ケアや口腔の健康の維持・増進に必要なアドバイスを行う |
| 事務員(ほか) | 2名以上 (入所・短期兼務) | 事業所の労務管理・経理などを行う |

7 職員の勤務体制

| 勤務形態 | 勤務時間 |
|------|------------|
| 日 勤 | 8:30~17:30 |

8 通常の事業実施地域及び営業日・営業時間

| | |
|---------|--|
| 送迎の実施地域 | 富士市 |
| 営業日 | 月曜日から金曜日 |
| 営業時間 | 原則8時30分から午後5時30分(窓口対応時間) 9時15分から午後4時15分(サービス提供時間) |

9 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付サービス

ア サービスの内容

| サービスの種別 | 内 容 |
|---------|--|
| 食 事 | 昼食 12:00~ 管理栄養士または栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します |
| 入 浴 | 利用日数に応じて入浴または清拭を行います 寝たきりなどで座位のとれない方の入浴も可能です |
| 排 泄 介 助 | 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います |
| 整 容 | 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します |
| 機 能 訓 練 | 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます |
| 健 康 管 理 | 日常生活における健康管理を行います |
| 介 護 相 談 | 利用者とその家族からのご相談に応じます |

| | | |
|---|---|-------------------|
| 送 | 迎 | 居宅と事業所との間の送迎を行います |
|---|---|-------------------|

イ 費用

介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料金のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

発行されたサービス提供証明書は、のちに利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

＜料金表＞

○基本サービス費（1日につき）※通常規模 7時間以上8時間未満

※事業所のある富士市は7級地であるため、1単位10.14円で計算します。

| 要介護度 | 単位 | 利用料 | 本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|---------|---------|---------|---------------------------------|
| □ 要介護 1 | 658単位 | 6,672円 | 668円 1,335円 2,002円 |
| □ 要介護 2 | 777単位 | 7,878円 | 788円 1,576円 2,364円 |
| □ 要介護 3 | 900単位 | 9,126円 | 913円 1,826円 2,738円 |
| □ 要介護 4 | 1,023単位 | 10,373円 | 1,038円 2,075円 3,112円 |
| □ 要介護 5 | 1,148単位 | 11,640円 | 1,164円 2,329円 3,493円 |

※厚労省から事務連絡のあった感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合基本報酬に3%上乗せする

○加算（1日または1月につき）※ 運営実績に基づき算定させていただきます

| 種類 | 単位 | 利用料 | 本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|---|------|------|---------------------------------|
| □ 入浴介助加算（I） 入浴サービスを行った場合、かつ、 入浴介助に関わる職員に対し、入浴 介助に関する研修を行った場合 | 40単位 | 405円 | 41円 81円 122円 |

| | | | |
|--|----------------------------|------|---|
| □ 入浴介助加算（Ⅱ） 入浴介助加算（Ⅰ）要件に加えて、医師等または医師等の指示の下、介護職員が代わりに居宅を訪問し情報通信機器等を活用して状況把握を行い、浴室の評価・助言をした上で入浴計画を作成し、計画に基づいて入浴介助を行った場合 | 55単位 | 557円 | 56円 112円 168円 |
| □ 中重度者ケア体制加算 規定する員数に加えて2以上職員を配置し、要介護3以上の占める割合が30%以上である場合 | 45単位 | 456円 | 46円 92円 137円 |
| □ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 専従の理学療法士などを1名以上配置し、個別機能訓練計画に基づき、身体機能及び生活機能の向上を目的とした機能訓練を行っている場合 | 56単位 | 567円 | 57円 114円 171円 |
| □ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 加算（Ⅰ）の配置に加え、専従の理学療法士などを1名以上配置し（配置時間の定めなし）、個別機能訓練計画に基づき、身体機能及び生活機能向上を目的とした機能訓練を行っている場合 | 76単位 | 770円 | 77円 154円 231円 |
| □ 個別機能訓練加算（Ⅱ） 加算（Ⅰ）に加えて、個別機能訓練計画等の内容をLIFEに提出し、フィードバックの活用をしている場合 | 20単位 (1月につき) | 202円 | 21円 41円 61円 |
| □ ADL維持等加算 対象者の総数が10人以上であり、利用開始月とその後6ヶ月毎にADLを測定し、LIFEに提出しフィードバックの活用をしている場合 | (Ⅰ) 30単位 (1月につき) | 304円 | 31円 61円 92円 訓練を実施した結果対象者の平均ADL利得が1以上であった場合 |
| | (Ⅱ) 60単位 (1月につき) | 608円 | 61円 122円 183円 訓練を実施した結果対象利用者の平均ADL利得が3以上であった場合 |
| □ 栄養アセスメント加算 管理栄養士を1名以上配置し、多職種が共同で栄養アセスメントを実施し説明、必要に応じ相談に応じた場合栄養状態等の情報をLIFEに提出し、フィードバックの活用をしている場合 | 50単位 (1月につき) ※月2回を限度 | 507円 | 51円 102円 153円 ※栄養改善加算および口腔・栄養スクリーニング加算と併算定不可 |

| | | | |
|---|---|------------------|---|
| □ 栄養改善加算 低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士を1名以上配置し、利用開始時に多職種が共同で栄養ケア計画を作成、必要に応じて居宅を訪問した上で栄養改善サービスを実施し、定期的に記録・評価している場合 | 200単位 (1回につき) | 2,028円 | 203円 406円 609円 ※3ヵ月内に月2回まで算定 |
| □ 口腔・栄養 スクリーニング加算 ①利用開始時及び利用中6月毎に口腔の健康状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合 ②利用開始時及び利用中6月毎に栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に情報提供している場合 | (I) 20単位 ※6ヶ月に1回限定 (II) 5単位 ※6ヶ月に1回算定 | 202円 50円 | 21円 41円 61円 ①及び②に適合 5円 10円 15円 ①又は②に適合 |
| □ 口腔機能向上加算 口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対して、言語聴覚士等を1名以上配置し、多職種が共同で口腔機能改善管理指導計画を作成、計画に従い口腔機能向上サービスを実施し、定期的に記録・評価している場合 | (I) 150単位 (1回につき) ※3ヶ月以内、月2回を限度 (II) 160単位 (1回につき) ※3ヶ月以内、月2回を限度 | 1,521円 1,622円 | 153円 305円 457円 163円 325円 487円 ※加算(I)に加え計画等の情報をLIFEに提出し、フィードバックを受けている場合 |
| □ 科学的介護推進体制加算 心身の状況などの基本的な情報をLIFEに提出し、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合 | 40単位 (1月につき) | 405円 | 41円 81円 122円 |
| □ 送迎減算 居宅と事業所の間の送迎を行わなかつた場合 | -47単位 | -476円 | -48円 -96円 -143円 |
| □ サービス提供体制 強化加算 職員の配置状況により算定する | (I) 22単位 (II) 18単位 | 223円 182円 | 23円 45円 67円 ※介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上または勤続10年以上介護福祉士が25%以上 19円 37円 55円 ※介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上 |

| | | | |
|---|--------------|--------------------------|--|
| | (III) 6単位 | 60円 | 6円 12円 18円 介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上または勤続7年以上が30%以上 |
| □ 介護職員等処遇改善加算 ①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施 ②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 ③賃金の改善、職場環境の更なる改善 ④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置 | (I) | 算定した単位数の 9.2% ①②③④に該当 | |
| | (II) | 算定した単位数の 9.0% ①②③に該当 | |
| | (III) | 算定した単位数の 8.0% ①②に該当 | |
| | (IV) | 算定した単位数の 6.4% ①に該当 | |

(2) 介護保険給付対象外サービス

ウ サービスの内容と費用

利用料の全額を負担していただきます

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|----------------------|--|----------------|
| 食費 (1日あたり) | 当日の献立により提供します | (昼食) 750円 |
| おやつ代 (1日あたり) | 同上 | 100円 |
| おむつ代 | 必要に応じ、ご負担いただきます | 実費 |
| 通常提供する時間 を越えるサービス | ご希望により、通常提供するサービスの提供時間を越えて、サービスを提供する場合 | 30分あたり 540円 |
| 通常の事業の実施 地域以外の交通費 | 通常の事業の実施地域以外でサービスを提供する場合 | 1kmあたり 10円 |
| レクリエーション クラブ活動 | 趣味活動に参加される場合、材料代などを ご負担いただきます | 実費 |
| 特別な食事提供 | 希望により特別に用意する食事の場合、材 料費などをご負担いただきます | 実費 |

その他サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となる
ものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適當と認められる費用
は、利用者の負担となります。

10 利用料金などのお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求いたします。毎月20日頃に前月分の請求書を郵送で利用者または利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）にご連絡いたします。

お支払いが確認されましたら領収証を発行いたします。

お支払方法は、原則口座引落（27日頃）にてお支払ください。

毎月の利用料金の引落の確認は利用者または利用者の身元引受人等でも行っていただき、指定口座より引落がされなかった場合は、当事業所へご一報いただき、速やかに次の指定口座にお振込みをお願いいたします。

＜引落がされなかった場合の振込先＞

| | |
|-------|---------------------|
| 金融機関名 | 静岡銀行 富士中央支店 |
| 口座番号 | 普通預金 №0653659 |
| 口座名義 | 社会福祉法人 湖聖会 理事長 湖山泰成 |

11 サービス内容に関する苦情など相談窓口

| | |
|------------------|--|
| 当事業所の お客様相談窓口 | 受付担当者 早川郁乃子 鈴木 悠里 解決責任者 西尾 希実 ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話 (0545-35-4567) 面接 (当事業所相談室) ご意見箱 (1階ホール) |
|------------------|--|

＜当施設窓口以外の苦情受付機関＞

| 受付機関 | 連絡先 | |
|------------------------|---|--|
| 当施設より委嘱した 外部の苦情受付窓口 | 笠井好美 090-9933-7942 赤澤佳子 090-9029-4335 | |
| 行政機関など 受付機関 | 富士市役所 介護保険課 富士宮市役所 高齢介護支援課 静岡県国民健康保険 団体連合会 | 富士市永田町1番100 0545-55-2863 富士宮市弓沢町150番地 0544-22-1141 静岡市葵区春日2-4-34 054-253-5590 |

1.2 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に変化があった場合は、速やかに主治医または、医療機関および家族などに連絡します。

1.3 秘密保持の対応

正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および利用者の身元引受人等の秘密を漏らしません。

サービス担当者会議などにおいて、利用者および利用者の身元引受人等に関する個人情報を用いる場合、利用者および利用者の身元引受人等に使用目的などを説明し同意を得なければ、使用することはありません。

サービスの質の向上のため、学会・研究会などで事例研究発表などをする場合、利用者を特定できないように仮名などを使用することを厳守します。

本条に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

なお、当事業所の職員・委託業者・ボランティア・実習生などの関係者には、事前に個人情報の重要性を周知し、誓約書を取り交わしております。その他、個人情報に関しての問い合わせについては、次の窓口にて対応させていただきます。

<当事業所窓口>

当事業所における個人情報に関するご相談は次の窓口で受け付けます

| | | |
|-------------------|-------------------------------------|---|
| 当事業所の 個人情報保護窓口 | デイサービスセンター 月のあかり 0545-35-4567 | 個人情報の開示・訂正・更新・ 利用停止・削除などの申し出がある場合は、ご連絡ください |
|-------------------|-------------------------------------|---|

1.4 事故発生時の対応および賠償責任

サービスの提供にあたって、事故が発生した場合、速やかに利用者の身元引受人等および市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況および事故に際してとった措置について記録するとともに、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、速やかにその損害を賠償します。ただし、当事業所に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

当該事故発生につき利用者に過失がある場合、損害の賠償をしない、または損害賠償の額を減額することができます。

1.5 衛生管理等

利用者の使用する食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品および医療器具の管理を適正に行います。

感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

<対応>

①事業所における感染症の予防および蔓延の防止のための対策を検討する委員会を概ね3月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る

- ②事業所における感染症の予防および蔓延防止のための指針を整備する
- ③事業所において、従業者に対し感染症の予防および蔓延防止のための研修および訓練を定期的に実施する
- ④厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う

1.6 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため必要な措置を講じます。サービス提供中に、事業所従業者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

＜対応＞

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②虐待防止のための指針の整備
- ③虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④担当者の設置

1.7 感染症予防対策の取り組み

感染症予防対策及び蔓延防止のため、感染症予防委員会を設置し、日常的な健康管理や手指消毒等の基本的な感染症対策の見直しや、関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出てることを想定した教育訓練を実施します。

事業所内クラスターの発生予防のために、感染症マニュアルに沿って、面会などについては一時的に見合わせて頂く事がございます。

1.8 身体拘束に対しての取り組み

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、隔離・身体的拘束・薬剤投与・その他の方法により利用者の行動を制限する行為は一切行いません。緊急やむを得ない状態が生じた場合には、マニュアルに沿って介護保険法にて定められた手順に従い対応します。また同時に、その解除を早期にできるように努力いたします。

1.9 事業所内のハラスメントに対しての取り組み

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を与えます。甲または甲のご家族から以下のような行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させていただく場合があります。

- ① 性的な話をする、必要もなく体に触れる等のセクシャルハラスメント行為

- ② 特定の職員に嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力
- ③ 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- ④ 暴言、大声での恫喝、罵声

2.0 業務継続計画に対しの取り組み

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に 実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施します。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

2.1 非常災害時の対策

| | | | | |
|---------------------|--|----|---------|----|
| 非常時の対応 | 併設本体の「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り対応を行います | | | |
| 避難訓練 および 防災設備 | 併設本体の「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方、地域の方も参加して行います | | | |
| | 設備名称 | 有無 | 設備名称 | 有無 |
| | スプリンクラー | あり | 非常通報設備 | あり |
| | 避難階段 | あり | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 消火器 | あり |
| | 消火栓 | あり | 排煙設備 | あり |

2.2 協力医療機関

| | | |
|--------|---------------|---------------|
| 医療機関名 | ももはクリニック石坂 | 湖山リハビリテーション病院 |
| 所在地 | 富士市石坂420-1 | 富士市大淵405-25 |
| 電話 | 0545-22-0800 | 0545-36-2000 |
| 主な診療科目 | 脳神経外科・内科・整形外科 | 内科・リハビリテーション科 |

2.3 ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|--------|---|
| 利用について | 主治医からの日常生活上の指示事項、利用当日の健康状態を従業者に申し出て心身の状況に応じたサービスの提供を受けてください。 体調不良などによって、サービスに適さないと判断される場合にはサービスの提供が中止される場合があります。 |
|--------|---|

| | |
|--------------------|--|
| 設備・器具の利 用 | 事業所内の設備、器具は本来の方法に従ってご利用ください これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していた だくことがあります |
| 飲 食 物 の 持 ち 込 み | ご自宅からの飲食物の持ち込みはご遠慮ください。ただし、体調・ 疾病などにより持ち込みをしたい場合には事前にご連絡ください |
| 喫 煙 ・ 飲 酒 | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください |
| 迷惑行為など | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください 故意または過失により事業所または従業者もしくは他の利用者の 生命・心身・財物・信用などを傷つけ、または著しい不信行為は行 わないでください |
| 所 持 金 品 の 管 理 | 高額・高価格の金品の持ち込みは原則お断りいたします その他の所持金品は、自己の責任で管理してください |
| 宗 教 活 動 政 治 活 動 | 事業所内で他の利用者などに対する執拗な宗教活動および政治活 動はご遠慮ください |
| 動物飼育など | 事業所内への危険物・ペットの持ち込みおよび飼育は原則お断り します |

令和 年 月 日

以上の内容を証するため、署名または記名のうえ重要事項説明書を2通作成し、双方で1通ずつ保有します。

住 所 静岡県富士宮市大鹿窪143番地1
事 業 者 社会福祉法人 湖聖会
代 表 者 名 理事長 湖山泰成
事 業 所 名 デイサービスセンター月のあかり
(事業所番号) (2272302825)

説明者 氏 名 _____

(利用者)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|-----|--|--|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |

(身元引受人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|------|--|----|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |
| 電話番号 | | 続柄 |

(連帯保証人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|------|--|----|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |
| 電話番号 | | 続柄 |

(後見人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|------|--|----|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |
| 電話番号 | | 続柄 |