

## 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、

甲1に

甲2

対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 〒252-0029 神奈川県座間市入谷西 4-2-6

名称 井上整形外科 管理者 井上浩 印

説明者 所属  
氏名 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住所  
氏名 印

(甲2) 利用者の家族 住所

氏名

印

【契約書署名欄】

以上のとおり契約したので、本書2通を作成し、甲乙各1通ずつ保有することとします。

(甲) 私は、この契約書に基づく介護サービスの利用を申し込みます。

サービス利用者

住 所

お名前

印

電 話

F A X

署名代行者

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。

住 所

氏 名

印

電 話

F A X

職 業

本人との関係

署名代行の理由

(乙) 私は、サービス事業者として、甲の申込みを受諾し、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。

サービス事業者

住 所 〒252-0029 神奈川県座間市入谷西 4-2-6

名 称 井上整形外科

代表者 井上 浩

電 話 046-256-1177

FAX 046-259-8882

介護保険事業所番号 1414110094 号