

**生駒市介護老人保健施設やすらぎの杜優楽
訪問リハビリテーション利用同意書**

介護老人保健施設「やすらぎの杜 優楽」訪問リハビリテーションを利用に当たり、訪問リハビリテーション利用約款及び訪問リハビリテーション内容重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これら十分に理解した上で同意します

平成 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印

<扶養者(親族)> (利用者及び扶養者は連帯してお支払いいただきます)

①住所

氏名

印

②住所

氏名

印

介護老人保健施設 やすらぎの杜 優楽
施設長 殿

【本約款第8条の請求書・領収書の送付先】

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

【本約款第12条の緊急時連絡先】

① (利用者の心身の状態が急変した場合、事故発生時には速やかに連絡いたします)

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

②

氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

かかりつけ医療機関

医療機関名	
住所	
電話番号	