

* 同意書 *

私 _____（家族又は代理人 _____）は貴施設より重要事項の説明を受けましたことと、重要事項説明書の交付により内容等に同意することを確認いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 住 所 〒 _____ Tel _____

氏 名 _____

代筆者 住 所 〒 _____

Tel _____ 携帯 _____

氏 名 _____（続柄 _____）

家族又は代理人

住 所 〒 _____

Tel _____ 携帯 _____

氏 名 _____（続柄 _____）

事業所 所在地 〒836-0897 大牟田市青葉町 1 2 - 1 1

名称 医）今野病院 グループホーム青葉 印

グループホーム青葉Ⅰ管理者 原田 智子□

グループホーム青葉Ⅱ管理者 小野 友子□

事業者 所在地 〒836-0874 大牟田市末広町 5 - 2

名称 医療法人 完光会 今野病院

代表者名 今野 里美