

令和      年      月      日

居宅介護支援契約の締結にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

(事業所) 所在地      別府市北的ヶ浜町5番19号  
事業所名      医療法人 博愛会  
                    ハーモニーふじみ介護保険センター  
代表者名      内 田      一 郎                      印  
  
説明者名      \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受けました。

(利用者)      住所 \_\_\_\_\_  
  
                    氏名 \_\_\_\_\_ 印  
  
(代筆者)      氏名 \_\_\_\_\_ 印(続柄 \_\_\_\_\_)  
  
(家族又は代理人) 住所 \_\_\_\_\_  
  
                    氏名 \_\_\_\_\_ 印(続柄 \_\_\_\_\_)  
  
                    ご職業 \_\_\_\_\_