

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地：別府市北的ヶ浜町5番19号

法人名：医療法人 博愛会（社団）

代表者職・氏名：理事長 内田 一郎 印

事業所名：ヘルパーステーション陽だまり

説明者氏名： 田野上 里美 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名 印

立会人 住所

氏 名 印