

通所リハビリテーション重要事項説明受諾書

通所リハビリサービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 名古屋市天白区福池2丁目330番地の2

事業者名 あいち診療所野並

管理者名 野村 秀樹

事業所番号 2311601120

<説明者>

氏名 _____ (印)

私は、重要事項説明書に基づき、事業者から通所リハビリサービスについて説明を受けた事を、証します。

<利用者>

氏名 _____ (印)

住所 _____

連絡先電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

<利用者代理人> (選任した場合)

氏名 _____ (印)

住所 _____

連絡先電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

<緊急時のご連絡先>

主治医	病院名	
	主治医	
	連絡先	

ご家族	氏名	
	携帯電話番号	
	住所	

令和 年 月 日
(ご利用者様控)

通所リハビリテーション重要事項説明受諾書

通所リハビリサービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 名古屋市天白区福池2丁目330番地の2

事業者名 あいち診療所野並

管理者名 野村 秀樹

事業所番号 2311601120

<説明者>

氏名 _____ (印)

私は、重要事項説明書に基づき、事業者から通所リハビリサービスについて説明を受けた事を、証します。

<利用者>

氏名 _____ (印)

住所 _____

連絡先電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

<利用者代理人> (選任した場合)

氏名 _____ (印)

住所 _____

連絡先電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

<緊急時のご連絡先>

主治医	病院名	
	主治医	
	連絡先	

ご家族	氏名	
	携帯電話番号	
	住所	

令和 年 月 日
(事業所控)