

緑樹苑・みどりケアセンター申込書

連絡先(優先順に、ご記入ください)

1	フリガナ		男・女	続 柄	
	氏 名				
	住 所	〒 -			
	電 話	()	携帯電話	-	-
	勤務先	会社名 電 話 ()			
2	フリガナ		男・女	続 柄	
	氏 名				
	住 所	〒 -			
	電 話	()	携帯電話	-	-
	勤務先	会社名 電 話 ()			

説明確認及び情報収集に関する同意

私は、貴施設の利用申し込みの際し、貴施設が利用の決定のために必要な範囲において、私(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村・担当居宅介護支援事業所・他の医療機関及び介護保険施設等から収集することに同意します。

説明確認及び情報提供に関する同意

私は、貴施設入所後、他科受診・転院・他施設への入所及び在宅復帰の際に、私(入所者及びその家族)に関する情報を、市町村・担当居宅介護支援事業所・他の医療機関及び介護保険施設等に情報提供する(必要に応じて他の医療機関・施設等から得た情報も提供することがあります)ことに同意します。

居宅介護支援事業者との連携に関する同意

私は、貴施設の利用申し込みの際し、退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めることに同意します。

年 月 日

利 用 者

印

利用者の家族

印