介護老人保健施設サービス

重 要 事 項 説 明 書

〈　2026 年　9 月　1 日現在　〉

1　事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人　徳洲会
代　表　者　名	東上　震一
所在地・連絡先	（住　所）大阪府大阪市北区梅田一丁目 3 番 1 -1200 号 （電　話）06-6346-2888　　（ＦＡＸ）06-6346-2889

2　事業所の概要

（1）　事業所名及び事業所番号

事　業　所　名	介護老人保健施設　あいの郷
所在地・連絡先	（住　所）　埼玉県羽生市桑崎 196－1 （電　話）　048-562-3100　　（ＦＡＸ）　048-563-5700
事 業 所 番 号	(埼玉県　1153980030　号)
管 理 者 の 氏 名	馬場　俊暁
利　用　定　員	100 名（短期入所を含む）
利用可能設備等	療　　養　　室　（個室 14 室・2 人室 1 室・4 人室 21 室） 食堂兼機能訓練室　（371 ㎡） 相　　談　　室 浴　　室　（一般浴槽・特別浴槽）

（2）事業所の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護老人保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者が居宅での生活を１日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）や通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

（３）事業所の職員体制

	職員数
管理者（医師）	１名
介　護　職　員	28 名
看　護　職　員	11 名
理学療法士	４名
作業療法士	５名
言語聴覚士	２名
管理栄養士	１名
薬剤師	１名
支援相談員	３名
介護支援専門員	１名
事務職員	５名
その他（労務）	２名

3　サービス内容

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

①　施設入所サービス計画にもとづいてサービスの提供を行います。

②　食事

朝食：8 時 00 分～　　昼食：12 時 00 分～　　夕食：18 時 00 分～

③　入浴

一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。利用者は、週に最低２回ご利用いただきます。（ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

④　医学的管理・看護

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

⑤　介護

⑥　リハビリテーション

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。

⑦　相談援助サービス

⑧　栄養管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

⑨　理容サービス

⑩　行政手続代行（介護保険証更新申請）

⑪　その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4　費用

介護保険適用がある場合は、原則として介護保険給付対象サービス点数表の介護保健施設サービス費・加算等の単位数に、事業所の所在する地域区分に設定された「1 単位の単価」を乗じて算定された 1 割（または 2 割※）が利用者の負担額となります。当施設の地域区分は 6 級地で、1 単位の単価は 10.27 円です。

※利用者の負担割合は、市区町村から交付される負担割合証でご確認ください

（1）基本料金

施設利用料（1 日あたり）

(夜勤職員配置加算・サービス提供体制強化加算Ⅰ・介護職員処遇改善加算Ⅰ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ・介護職員等ベースアップ等支援加算を含めての提示)

≪基本型≫

	多床室(4人室)			個　室		
	自己負担	自己負担	自己負担	自己負担	自己負担	自己負担
	(1割)	(2割)	(3割)	(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	968 円	1,935 円	2,903 円	883 円	1,765 円	2,647 円
要介護2	1,022 円	2,044 円	3,066 円	936 円	1,871 円	2,807 円
要介護3	1,093 円	2,186 円	3,279 円	1,005 円	2,009 円	3,014 円
要介護4	1,152 円	2,303 円	3,454 円	1,064 円	2,128 円	3,192 円
要介護5	1,212 円	2,424 円	3,636 円	1,123 円	2,245 円	3,368 円

≪強化型≫　　※算定要件を満たした場合、下記の料金となります。

	多床室(4人室)			個　室		
	自己負担	自己負担	自己負担	自己負担	自己負担	自己負担
	(1割)	(2割)	(3割)	(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	1,013 円	2,026 円	3,038 円	922 円	1,843 円	2,764 円
要介護2	1,096 円	2,192 円	3,288 円	1,004 円	2,007 円	3,010 円
要介護3	1,171 円	2,342 円	3,513 円	1,076 円	2,151 円	3,226 円
要介護4	1,235 円	2,469 円	3,704 円	1,138 円	2,276 円	3,414 円
要介護5	1,293 円	2,586 円	3,879 円	1,199 円	2,397 円	3,596 円

2024.6.1

（2）加算料金（介護職員処遇改善加算等を含めての提示）

加算名		自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
初期加算（Ⅰ）	1日につき	67 円	134 円	201 円
☆ 初期加算（Ⅱ）	1日につき	33 円	66 円	99 円
☆ 安全対策体制加算	入所時1回のみ	23 円	45 円	68 円
☆ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	1日につき	57 円	113 円	170 円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	1月につき	45 円	89 円	133 円
☆ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	1月につき	67 円	134 円	201 円
☆ 自立支援促進加算	1月につき	332 円	664 円	996 円
☆ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	1月につき	3 円	6 円	9 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	1月につき	15 円	29 円	43 円
☆ 排せつ支援加算（Ⅰ）	1月につき	12 円	23 円	34 円
排せつ支援加算（Ⅱ）	1月につき	17 円	33 円	50 円
排せつ支援加算（Ⅲ）	1月につき	23 円	45 円	68 円
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	1月につき	100 円	200 円	299 円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	1月につき	122 円	243 円	364 円
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ計画書情報加算（Ⅰ）	1月につき	59 円	117 円	176 円
☆ ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ計画書情報加算（Ⅱ）	1月につき	36 円	72 円	108 円
☆ 短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）	1日につき	285 円	569 円	854 円
短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）	1日につき	221 円	442 円	663 円
☆ 認知症短期集中リハ実施加算（Ⅰ）	1日につき	265 円	530 円	795 円
認知症短期集中リハ実施加算（Ⅱ）	1日につき	133 円	265 円	398 円
☆ 協力医療機関連携加算（R7.4～）	1月につき	56 円	111 円	167 円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1月につき	111 円	222 円	333 円
☆ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	1月につき	12 円	23 円	34 円
☆ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1月につき	12 円	23 円	34 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	1月につき	6 円	11 円	16 円
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	1回限り	497 円	994 円	1,491 円
☆ 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	1回限り	530 円	1,060 円	1,590 円

※介護サービスの質の評価と科学的介護の取組みを推進し、介護サービスの質の向上を図るために科学的介護データ提供関連サービス（ＬＩＦＥ）にデータの提供を行います。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）※上記料金に含む	合計単位数の 9.7%

加算名			自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
療養食加算		1食につき	7 円	13 円	19 円
試行的退所時指導加算		退所から3か月	442 円	884 円	1,325 円
入退所前連携加算（Ⅰ）		1回限り	663 円	1,325 円	1,988 円
入退所前連携加算（Ⅱ）		1回限り	442 円	884 円	1,325 円
退所時情報提供加算（Ⅰ）		1回限り	553 円	1,105 円	1,658 円
退所時情報提供加算（Ⅱ）		1回限り	277 円	553 円	829 円
ターミナルケア加算	死亡日45日前～31日前	1日につき	79 円	158 円	237 円
	死亡日以前4日以上30日以下	1日につき	177 円	354 円	530 円
	死亡日以前2日又は3日	1日につき	1,005 円	2,009 円	3,014 円
	死亡日	1日につき	2,099 円	4,197 円	6,295 円
栄養マネジメント強化加算		1日につき	13 円	25 円	37 円
経口維持加算（Ⅰ）		1月につき	442 円	884 円	1,325 円
経口維持加算（Ⅱ）		1月につき	111 円	222 円	333 円
再入所時栄養連携加算		1回限り	221 円	442 円	663 円
退所時栄養情報連携加算		1回につき	77 円	154 円	231 円
認知症行動・心理症状緊急対応加算		1日につき	221 円	442 円	663 円
若年性認知症入所者受入加算		1日につき	133 円	265 円	398 円
感染症等施設療養費		1日につき	265 円	530 円	795 円
外泊時費用		1日につき	400 円	799 円	1,199 円
訪問看護指示加算		退所時1回限り	332 円	664 円	996 円
緊急時施設療養費		1日につき	572 円	1,144 円	1,716 円
所定疾患施設療養費（Ⅰ）		1日につき	264 円	528 円	792 円
所定疾患施設療養費（Ⅱ）		1日につき	530 円	1,060 円	1,590 円

令和6年6月1日

（3）その他の料金

① 食費（1日につき）1,900円（朝食：550円　昼食：700円　夕食：650円）
（負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。）

上記料金に　（　□同意する　・　□同意しない　）

② 居住費（療養室の利用費）（1日につき）
・従来型個室　1,700円　・多　床　室　510円
（負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく上限となります。）

上記料金に　（　□同意する　・　□同意しない　）

※　特別な室料（１日につき）

個室、２人室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

・個　室　2,200 円　　・２人室 1,100 円

上記の料金について　（　□同意する　・　□同意しない　）

③　理容代（1 回につき）　2,000 円

上記料金に　（　□同意する：ご利用者の希望で申し込み　）

（　□同意する：ご家族に確認の上、申し込み）

（　□同意しない　）

④　レンタル衣類・日用品費用

A タイプ（1 日につき）1,029 円（税込み）

B タイプ（1 日につき）　660 円（税込み）

上記料金に　（　□　A タイプに同意する　）

（　□　B タイプに同意する　）

（　□　同意しない　）

※同意されない場合は、ご家庭でご用意ください。

※支払いは委託先とご利用者との契約により、徴収されます。

入所中の衣類や日用品は外部業者がご用意いたします。

【委託先】株式会社　アメニティ

埼玉県さいたま市南区太田窪 5-27-3　ドミール南浦和 103

電話　048-762-9576

⑤　歯科保険診療（1 月につき）　保険内診療 1000 円～2000 円程度

上記料金に　（　□同意する：治療が必要な際には歯科医師へ対応を希望）

（　□同意しない　）

5　介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用促進

介護現場における生産性向上の促進を図る取り組み

(1)　ケアの質の向上

(2)　睡眠の質の向上

(3)　事故発生時の原因分析・再発予防

(4)　健康状態の管理

6　サービス内容に関する苦情相談窓口

あ い の 郷 苦情相談窓口	窓口責任者：支援相談員　白石　学 電話　048－562－3100

又は、当事業所以外に、市町村の相談、苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることができます。

埼玉県国民健康保険団体連合会(介護福祉課)	TEL　048－824－2568
羽生市役所（高齢介護課介護保険係）	TEL　048－561－1121
行田市役所（高齢者福祉課介護保険担当）	TEL　048－556－1111
加須市役所（高齢介護課）	TEL　0480－62－1111
＿＿＿＿＿市役所（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	TEL　＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿

7　高齢者虐待防止について

当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のために、以下に掲げる通りの必要な措置を講じます。

(1)　虐待防止に関して、担当者を選定します。

(2)　成年後見制度の利用を支援します。

(3)　苦情解決体制を整備しています。

(4)　従業者に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

当事業所従業者又は居宅サービス事業者、及び介護者等による虐待が疑われる場合には、速やかに市町村へ通報します。

8　事故発生の防止処置(リスクマネジメント)

事故発生の防止と発生時の適切な対応のため、以下の措置を講じています。

(1)　事故防止ための指針を整備します。

(2)　発生時の県への報告と改善策を職員へ周知徹底します。

(3)　事故発生の防止のための委員会の設置と担当者を選定します。

(4)　定期的に従業者への研修を実施します。

9　協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名　称　　羽生総合病院

住　所　　埼玉県羽生市大字下岩瀬 446 番地

・協力歯科医療機関

名　称　　羽生総合病院　口腔外科

住　所　　埼玉県羽生市大字下岩瀬 446 番地

名　称　　たかは歯科医院

住　所　　埼玉県羽生市上新郷 5708-6

10　施設内における口腔衛生管理について

(1)　各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

(2)　協力歯科医院と連携し、必要に応じて適切な治療が受けられるように支援します。

(3)　日常的に適切なケアを実施し、衛生保持に努めます。

(4)　定期的に従業者への研修を実施します。

11　認知症介護基礎研修の受講について

令和３年度より定められた無資格者に対する研修を実施し、施設職員として適切な認知症ケア・介護の提供に努めます。

12　サービス利用にあたっての留意事項

（1）初回利用および介護保険証の更新や変更があった時には、内容確認のため、複写を頂きます。

（2）施設内の設備や器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

（3）他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

（4）所持金品は、自己の責任で管理してください。

（5）施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

（6）施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、食事の持ち込みはご遠慮ください。

（7）共同生活の秩序を保ち、規律ある生活をしてください。

（8）けんか、口論、泥酔、中傷その他、他人の迷惑となる行為をしないでください。

（9）施設利用中の金銭や食べ物、衣類、物品等のやり取りは、事故やトラブル防止のためご遠慮ください。

（１０）その他管理上、必要な指示に従ってください。

13　事業継続への支援について（自然災害等、感染症拡大）

自然災害等や感染症など不慮の事態が発生した場合においても、利用者が継続してあいの郷のサービスを受けられるように業務継続計画（防災計画を含む）の作成と研修（シミュレーション）を行います。常に安全点検及び迅速に対応できるよう、避難訓練等行うことでサービスが継続して提供できるように努めます。

14　衛生管理・感染症予防について

感染防止等に関する会議において指針を作成し、研修の参加や訓練を実施して感染症の予防及び蔓延防止に努めます。協定締結医療機関（羽生総合病院）と連携を図り、必要に応じて感染制御等の指導・助言を受けるとともに、感染症が拡大した場合も支援が継続できるように計画を作成し、研修と訓練を実施します

15　緊急時等における連絡対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに施設管理者、協力医療機関、救急隊、緊急時連絡先（ご家族及び勤務先等）等へ連絡します。

※万が一の備えとなりますので、2 か所以上のご記入をお願いします。

※連絡先に変更がある場合には、施設へご連絡下さい。

※緊急時連絡先①：主介護者（キーパーソン）

家族等	氏　名　：	（続柄　　）
	住　所　：	
	電話①　：　　電話②　：	
勤務先（配属先）		
勤務先 TEL		

※緊急を要する際の連絡先となりますので、勤務先（配属先）等具体的にご記入ください。

※緊急時連絡先②

家族等	氏　名　：	（続柄　　）
	住　所　：	
	電話①　：　　電話②　：	
勤務先（配属先）		
勤務先 TEL		

※緊急を要する際の連絡先となりますので、勤務先（配属先）等具体的にご記入ください。

※緊急時連絡先③

家族等	氏　名　：	（続柄　　）
	住　所　：	
	電話①　：　　電話②　：	
勤務先（配属先）		
勤務先 TEL		

※緊急を要する際の連絡先となりますので、勤務先（配属先）等具体的にご記入ください。

貴重品等及び電子機器の施設内持ち込みについて

・※該当する物品に〇を付けて下さい。

A 群	B 群
・補聴器 ・シェーバー ・入れ歯	・携帯：スマートフォン ・ラジオ（居室のみ使用可） ・現金 ・その他電子機器：要相談 （別途、契約が必要です。）

※原則：ご本人が管理できる方が対象となります。

注意事項

＊持ち込んだ物品について、施設内での紛失、破損については当施設では責任を負うことはできません。

施設内は、全館において清掃等業務において職員または委託業者が立ち入ることになります。不慮の事故(落下による破損、コードの破損等)が起こる可能性があることをご理解ください。

＊持ち込んだ物品について、当施設の職員は管理等を行いません。自己管理をお願いします。【※ただし、A 群につきましては、生活に必要な物品の為、自己管理が困難な場合には、職員が一部管理のお手伝いを致します。】

※B 群は、原則自己管理となります。

＊生活上で不都合が生じた場合、他者に迷惑となる場合は、あいの郷の判断で使用の中止等処置を実施します。

＊**携帯電話（スマートフォン）**電子機器の使用可能エリアは下記の通りとします。エリア以外での使用を確認した場合は、使用の自粛をお願いします。

使用可能エリア：　玄関前ロビー
浴室前フロア
2 階個室
2 階東棟デイルーム
2 階北棟図書コーナー

□　上記、あいの郷の示す注意事項を理解し、同意します。

サービス利用時の危険について説明

当施設は、リハビリを行うための施設です。利用者様の自立支援を進めることを目的としておりおます。高齢者施設では、利用者様が快適な時間を過ごせるように努めるとともに、**原則として身体拘束をし、行動を抑制するような対応は禁止されています。**

自宅へ帰るため（在宅生活を続けるため）のリハビリ施設としては「できる事」「できるようになった事」は自分で行っていけるように支援をしていますのでご自身で行動する機会が多くあります。

施設内はバリアフリーとなっていて安全であると思われますが、利用者様の身体状況や病気に伴う症状により生活に危険が伴う事があります。

ご自身で動くことが多ければ、その分だけ転倒等の危険性は高まります。利用者様・ご家族様にはリハビリによる回復段階において起こりえる事をご理解頂ければ幸いです。

下記の施設において**「起こりえる事故」**について、をご一読下さい。

○　施設生活で起こりえる事故について　○

・生活の中で転倒やベッドからの転落により事故が起こることがあります。

・高齢になると骨が弱くなり、些細なことでも骨折につながります。

・皮膚や血管の弱さも目立ち、剥離などのけがの危険も高まります。

・利用中に全身状態が急に悪化した場合、施設での対応は限界があり、施設の判断で病院への受診をお願いします。緊急な場合には、救急搬送を行います。

※受診についてはご家族様とご相談の上でとなりますが病院等での対応はご家族様へお願いすることとなります。

当施設では、転倒や転落のケガ等発生した場合、状態の程度に関わらず随時、職員からご連絡させて頂きます。

□　　上記の内容を確認し、サービス利用時の危険について理解しました。

個人情報の利用目的

（令和６年４月１日現在）

介護老人保健施設あいの郷では、利用者様の尊厳を守り、安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- 当施設が利用者様等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者様にかかる当施設の管理運営業務のうち
  - －入退所等の管理
  - －会計・経理
  - －事故等の報告
  - －当該利用者様の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- 当施設が利用者様等への提供する介護サービスのうち
  - －利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - －利用者様の診察等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務のうち
  - －審査支払機関へのレセプトの提出
  - －審査支払機関または保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などにかかる保険会社等への相談または届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用にかかる利用目的〕

- 当施設の管理運営業務のうち
  - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - －当施設において行われる学生の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供にかかる利用目的〕

- 当施設の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供
  - －当施設の広報誌、ホームページ等への写真等の掲載

個　人　情　報　使　用　同　意　に　つ　い　て

1.　使用する目的について
サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
利用者が自らの意思によって介護保険施設へサービス利用に伴う必要最小限度の情報の提供

2.　使用する事業者の範囲
利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者・医療機関

3.　使用する期間
あいの郷サービスの利用意思の表明（申込書の提出）された時点から契約で定める期間

□　入退所連携に伴う、サービス事業者・医療機関等との連携構築・情報提供
・居宅介護支援事業所
・介護サービス施設
・協力医療機関（羽生総合病院等）及びその他の医療機関（主治の医師・歯科）
・入所、入院、再入所等に情報共有を行うことで、連携体制の構築を行います。
※関連施設連動システム（電子カルテ）を使用します。

□　各省庁（厚生労働省及び移管先含む）への施設及び介護情報の提供
・LIFE システムに関係する情報　（　・同意する　・同意しない　）
・生産性向上の取り組みに関する実績データ等アンケートへの協力
（　・同意する　・同意しない　）

□　急変に備えた協力医療機関との情報共有
・入所者の病状が不安定かつ急変の恐れがある場合や急変が生じた場合等の協力医療機関及び主治の医師への相談・連絡等に使用します。

□　あいの郷の広報で使用する写真について（ホームページ、広報誌等）
・『　・　使用可　・　遠くからの使用は可　・　使用不可　』

□　私（利用者）、及びその家族の個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

年　　月　　日

サービスの提供開始にあたり、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　　名　称　　医療法人　徳洲会
　　住　所　　大阪府大阪市北区梅田一丁目 3 番 1-1200 号
　　理事長　　東上　震一

事　業　所　　介護老人保健施設　あいの郷

説　明　者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約書及び本書面により、事業者からサービスについての重要事項の説明を受けました。

※利用者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代理人　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄　　】

　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿