

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

小規模多機能型居宅介護 ハミングベル緑橋

説明者 職員 職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要書類の説明を受け、小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

ご住所 _____

氏名 _____

代理人

ご住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

*緊急連絡先

氏名		
住所	〒	〒
電話番号		
携帯電話		
続柄		