

介護予防通所リハビリテーション利用同意書並びに保証書

令和 年 月 日

医療法人中山会 介護老人保健施設 桜の里
理事長 信岡 幸彦様

利 用 者 氏 名 : _____ (男・女)

生年月日：明・大・昭 年 月 日 (満 歳)
住 所：〒 _____

この度、貴施設を利用するにあたり、桜の里施設並びに諸事業所利用約款及び別紙1、別紙2を受領し、これらの内容に関し、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意しますと共に、本約款の規則を守ることを、保証人及び連帯保証人との連署を持って保証します。

保 証 人 氏 名 : _____ (続柄) _____

生年月日：明・大・昭 年 月 日
住 所：〒 _____

電話番号：_____ 勤務先 _____

携帯電話：_____

連帯保証人 氏 名 : _____ (続柄) _____

生年月日：明・大・昭 年 月 日
住 所：〒 _____

電話番号：_____ 勤務先 _____

携帯電話：_____

上記保証人以外 氏 名 : _____ (続柄) _____

の方の連絡先 住 所：〒 _____

電話番号：_____ 勤務先 _____

携帯電話：_____

請求書等の送付先 氏 名 : _____ (続柄) _____

住 所：〒 _____

電話番号：_____ 勤務先 _____