

介護老人保健施設オアシスK-3 通所リハビリテーション利用約款

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設オアシスK-3（以下『当施設』という。は、要介護1～5と認定された利用者（以下『利用者』という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、一定の期間、通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者及び利用者の身元を保証する者（以下『身元保証人』という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者がオアシス通所リハビリテーション利用同意書を当施設に提出した後から効力を有します。但し、身元保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2及び別紙3の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び身元保証人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、本約款に基づく入所利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び身元保証人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な利用なく、通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いただきます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び身元保証人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく通所リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立、要支援1・2と認定された場合。
- ② 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合。
- ③ 利用者及び身元保証人が、本約款に定める利用料金を2ヶ月以上滞納しその支払を督促したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合。
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。（介護・看護・リハビリ・その他従業員や他の利用者に対する故意的な暴言・暴力行為、セクシャルハラスメント

行為等を行った場合。)

- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。

(利用料金)

第5条 利用者及び身元保証人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく通所リハビリテーションサービスの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計金額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計金額を支払う義務があります。

2 当施設は、利用者及び身元保証人が指定する送付先に対し、前月料金の合計金額の請求書を毎月5日頃に発行し、所定の方法により交付する。利用者及び身元保証人は、連帯して、当施設に対し、該当合計金額をその月の末日までに支払うものとします。

3 当施設は、利用者又は身元保証人から、1項に定める料金の支払いを受けたときは、利用者又は身元保証人の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

4 利用料の滞納については次の通りとします。

原則として2ヶ月以上滞納した場合、督促状を身元保証人及び連帯保証人に発送し、更に14日間以上納付の意思がない場合、翌月からのご利用をお受けいたしません。予め、ご了承ください。

(記録)

第6条 当施設は、利用者の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間保管します。

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、身元保証人とその他の者(利用者の代理人を含みます。)に対しては、利用者の承諾、その他必要と認められる場合に限り、これに応じません。

(身体の拘束)

第7条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、施設医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は身元保証人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。

但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合の市町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（天災時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

（緊急時の対応）

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- 3 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び身元保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

（事故発生時の対応）

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は身元保証人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。
- 4 事故発生時には、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- 5 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

（要望又は苦情の申し出）

第11条 利用者及び身元保証人は、当施設の提供する通所リハビリテーションに対しての要望又は苦情等について、担当者に申し出る事ができ、又は、備え付けの用紙で所定の場所に設置する『ご意見箱』に投函して申し出ることができます。

（賠償責任）

第12条 通所リハビリテーションの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、双方話し合い同意の上、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元保証人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第13条 この約款に定められていない事項は、介護保健法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元保証人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

付則

この約款は、平成17年10月1日から施行する。

平成18年3月1日より改正、施行する。

平成18年4月1日より改正、施行する。

平成20年7月15日より改正、施行する。

平成21年4月1日より改定、施行する。

平成24年4月1日より改正、施行する。

平成25年11月1日より改正、施行する。

平成26年4月1日より改正、施行する。

平成27年4月1日より改正、施行する。

平成28年3月1日より改正、施行する。

平成29年4月1日より改正、施行する。

平成30年4月1日より改正、施行する。

令和1年10月1日より改正、施行する。

令和2年4月1日より改正、施行する。

令和3年4月1日より改正、施行する。

令和4年1月1日より改正、施行する。

令和5年4月1日より改正、施行する。

令和6年6月1日より改正、施行する。

<別紙1>

介護老人保健施設オアシスK-3 通所リハビリテーションのご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設オアシスK-3
通所リハビリテーション
- ・開設年月日 平成3年11月25日
- ・所在地 岡山県倉敷市児島阿津2丁目7-53
- ・電話番号 086-472-9100
- ・FAX番号 086-472-9100
- ・管理者名 西井 正和
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 3350280040号

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的な管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話など介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営む事ができるようにし、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、短期入所療養介護や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指した施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[オアシス通所リハビリテーションの運営方針]

- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努める。
- ・ 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視し密着な提携に努める。

(3) 施設の職員体制（常勤換算による人数）

	常勤	業務内容
医師	1人	利用者の健康管理全般
看護・介護職員	4人以上	利用者の看護・介護業務全般
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	0.4人以上	利用者の機能訓練に関する業務全般

(4) 通所定員 40名

2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
 - ② 食事サービス
 - 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。）
 - ④ 健康チェック
 - ⑤ 介護
 - ⑥ 機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
 - ⑦ 相談援助サービス
 - ⑧ その他
- * これらのサービスの中には、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。

3. 営業日及び営業時間

- ・ 営業日 日曜・祝祭日及び年末年始（12月30日から1月3日）を除く毎日
- ・ 営業時間 8：30から17：00
サービス提供時間は9：15から15：45

4. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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 倉敷シティ病院
 - ・ 住 所 倉敷市児島阿津2丁目7-53
 - ・ 電 話 086-472-7111

 - ・ 名 称 倉敷市立市民病院
 - ・ 住 所 倉敷市児島駅前2丁目39
 - ・ 電 話 086-472-8111
- ・ 協力歯科医療機関
 - ・ 名 称 平川歯科医院
 - ・ 住 所 倉敷市児島赤崎1丁目16-26
 - ・ 電 話 086-472-8139

◇ 緊急時の連絡先

緊急の場合には、『同意書』にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 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、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おり、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 面会の方は面会カードに必ずご記入ください。
- ・ 飲酒・喫煙は禁止です。
- ・ 利用者の火気取り扱いは禁止とさせていただきます。
- ・ 設備・備品の利用方法がお分かりにならない場合は職員にお尋ねください。
- ・ 所持品等の持ち込みについては、職員にご相談の上ご持参ください。また、持ち物には必ず名前を付けてください。
- ・ 多額の金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。万一紛失の際、施設は責任を負いかねます。
- ・ 通所リハビリテーション利用時の医療機関の受診は、緊急の場合を除いて、出来ませんので、あらかじめご了承ください。

6. 禁止事項

等施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の『営利行為』、『特定の政治活動』、『宗教の勧誘』、『ペットの持ち込み』、『他利用者への迷惑行為』は禁止します。

7. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー・消火栓・消火器
- ・ 防災訓練 年1回

8. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者への周知徹底
- (2) 施設における虐待の防止のための指針を整備
- (3) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施（年2回以上）
- (4) 利用者及びその家族等からの苦情処理体制の整備
- (5) 成年後見制度の利用支援
- (6) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置

2 事業所は、サービス提供中に、当施設の職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

9. (衛生管理)

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずると共に、医薬品及び医療器具の管理を適正に行う。

- 2 感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防およびまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備する。
- 3 栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回、検便を行わなければならない。
- 4 定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行う。

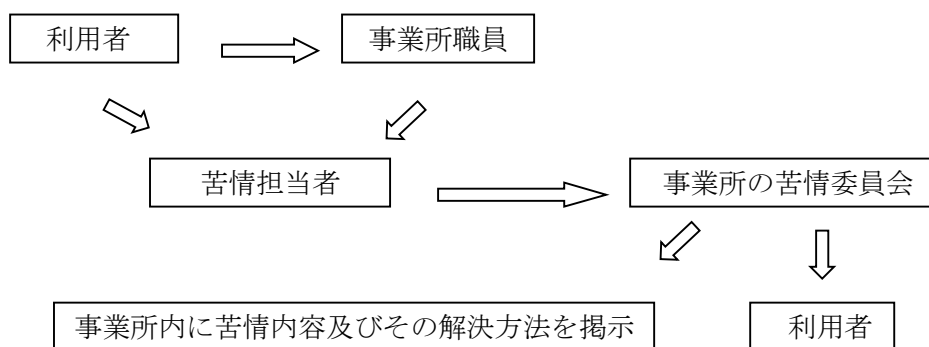
10. 要望及び苦情等の相談

要望や苦情などは、担当職員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、オアシス受付にございます『ご意見箱』をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 通所リハビリテーション副主任
電話・FAX 086-472-9100
受付日 日曜日・祝祭日を除く毎日
(但し、12月30日～1月3日を除く)
受付時間 午前10時から午後5時まで

(2) 苦情処理体制



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び岡山県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ア 倉敷市介護保険課 (086) 426-3343
- イ 岡山県国民健康保険団体連合会 (086) 223-8811
- ウ 鏡野町 保健福祉課 介護保険係 (0868) 54-2986

9. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

<別紙2>

介護老人保健施設オアシスK-3通所リハビリテーションサービスについて

1. 介護保険被保険者証の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要介護1～5の認定の方で家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・身元保証人（ご家族）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。

4. 料金

(1) 支払方法

- ・ 毎月5日頃に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払ください。
- ・ お支払方法は、現金、銀行振込の2方法があります。利用申込み時にお選び下さい。

(2) 利用料金

(2) - 1 通所リハビリテーション費

項 目		区 分	料金 (1日あたり)
通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 費	2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	3 8 3 円
		要介護 2	4 3 9 円
		要介護 3	4 9 8 円
		要介護 4	5 5 5 円
		要介護 5	6 1 2 円
	3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	4 8 6 円
		要介護 2	5 6 5 円
		要介護 3	6 4 3 円
		要介護 4	7 4 3 円
		要介護 5	8 4 2 円
	4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	5 5 3 円
		要介護 2	6 4 2 円
		要介護 3	7 3 0 円
		要介護 4	8 4 4 円
		要介護 5	9 5 7 円
	5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	6 2 2 円
		要介護 2	7 3 8 円
		要介護 3	8 5 2 円
		要介護 4	9 8 7 円
		要介護 5	1, 1 2 0 円
6 時間以上 7 時間未満 ※	要介護 1	7 1 5 円	
	要介護 2	8 5 0 円	
	要介護 3	9 8 1 円	
	要介護 4	1, 1 3 7 円	
	要介護 5	1, 2 9 0 円	

* 当施設は基本的にこちら（太字部分）でプログラムを組んでいます。但し、送迎の距離、体力、経済的な理由等を踏まえ、双方話し合って決めます。

* 負担割合が 2 割に該当する方は上記料金が 2 倍となります。

* 負担割合が 3 割に該当する方は上記料金が 3 倍となります。

(2) - 2 その他の加算

項 目	料 金	備 考
入浴介助加算 I	40円/日	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴を行った場合。
重度療養管理加算	100円/日	要介護3、4、5の利用者で医療的に重度な方に対して、計画的に医学的管理を行い、通所リハビリテーションサービスを行った場合。
中重度者ケア体制加算	20円/日	3月を除く前年度、または算定日が属する月の前3ヶ月の実利用者数または延べ利用者数のうち、要介護3以上の利用者が30%以上の割合を占めていることと、介護職員又は看護職員を基準よりも2.0人以上多く配置し、更にサービス提供時間帯を通じて、専従の看護職員を1名以上配置している場合。
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	若年性認知症の方(65歳未満)を受け入れ、若年性認知症利用者ごとに担当者を定め、環境、ニーズに応じたサービスを提供した場合。
サービス提供体制強化加算 I	22円/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、もしくは勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合。
リハビリテーション提供体制加算	3-4時間 12円/回 4-5時間 16円/回 5-6時間 20円/回 6-7時間 24円/回	3時間以上の通所リハビリテーションを提供している事業所において、常時、配置されている理学療法士、作業療法士、又は言語療法士の合計数が、利用者数2.5又はその端数を増すごとに1以上であること。
退院時共同指導加算	600円/回	病院又は診療所に入院中の者が退院するにあたり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語療法士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導(※)を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を算定する。 ※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治医、理学療法士、作業療法士、言語療法士、その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることを指します。
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	月額所定単位数に6.6%を乗じた単位数	

*負担割合が2割に該当する方は上記料金が2倍となります。

*負担割合が3割に該当する方は上記料金が3倍となります。

リハビリテーション実施加算

項目	料金	備考
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240円/日	退院（所）日又は通所開始日から起算して3ヶ月以内の場合に週2日を限度とし、1週間に2日を限度として、個別にリハビリテーションを20分以上実施した場合。
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	退院（所）日又は認定日から起算して、3ヶ月以内で週2日以上、1日あたり40分以上の個別リハビリテーションを行った場合。

医師、理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士、その他の職種の者が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成。当該リハビリテーション計画に基づき、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行った場合に算定。

(2) - 3 減算について

項目	減算になる内容
当該事業所の利用定員（40名）を上回る利用者を利用させている場合	所定単位数の70%を算定
医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護、介護職員数が基準に満たさない場合	所定単位数の70%を算定
事業所と同一建物に居住する者、又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合（同一建物に関する減算）	-94円/日を減算
利用者に対して、その居宅と事業所との間で送迎を行わない場合	-47円/片道を減算
業務継続計画が未実施の場合	所定単位数の1%を減算
高齢者虐待防止措置が未実施の場合	所定単位数の1%を減算

*負担割合が2割に該当する方は上記料金が2倍となります。

*負担割合が3割に該当する方は上記料金が3倍となります。

(2) - 4 介護保険サービス費以外の利用料金について

項 目	料 金	備 考
食 費	600円/日	食材料費及び調理費相当、当施設で提供している飲み物も含まれています。(経管栄養等で食べられない場合は算定しません。)
おやつ代	100円/日	
リハビリパンツ代	110円/1枚	M・Lサイズ
	120円/1枚	LLサイズ
尿取りパット代	24円/1枚	
教 養 娛 楽 費	実 費	手芸の材料費・折り紙等

※特別な治療食を提供する場合には食費に100円を加算させていただきます。

個人情報利用の目的

介護老人保健施設オアシス K-3では、利用者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に係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]

- ・ 当施設が利用者提供する介護サービスのうち
 - －利用者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との連携（サービス担当者会議）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、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事業委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - －保健事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・ 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係る利用目的]

- ・ 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

介護老人保健施設オアシス K-3 通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設オアシス K-3 通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設オアシス K-3 通所リハビリテーション利用約款及び別紙 1、別紙 2、及び別紙 3 を受領し、これらの内容に関して、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。

また、介護老人保健施設オアシス K-3 通所リハビリテーション利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、通所リハビリテーションサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設オアシス K-3 通所リハビリテーションの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設オアシス K-3（通所リハビリテーション）に対し一切迷惑をかけません。

以上

年 月 日

	氏 名	続 柄	住 所 ・ 電 話 番 号
利 用 者	印	/	住所
			電話
身元保証人	印	/	住所
			電話
連帯保証人	印	/	住所
			電話
緊急連絡先			電話

(医療法人 協愛会) 岡山県倉敷市児島阿津 2 丁目 7-53 理事長 西井 正和
介護老人保健施設 オアシス K-3 通所リハビリテーション

岡山県倉敷市児島阿津 2 丁目 7-53

利用開始日

年 月 日

管理者 西井 正和 (印)

説明者 福田 東美香 (印)