

重要事項説明書

渡邊高記念会 第 20210401 号

ハートケア西宮わたなべがあなたに対する介護老人保健施設サービスを提供するにあたり、介護保険法に関する厚生省令第40号第5条に基づいて説明すべき事項は次のとおりです。

1. ご利用施設の概要

事業者の名称	社会医療法人 渡邊高記念会
法人所在地	兵庫県西宮市室川町10番22号
電話番号	0798-74-1771
代表者氏名	理事長 佐々木 恭子
設立年月	昭和40年11月1日
施設の名称	介護老人保健施設ハートケア西宮わたなべ
施設の所在地	兵庫県西宮市前浜町4番3号
兵庫県知事指定事業者番号	2850980091
電話番号	0798-39-0170

2. 入所定員 76名

3. 施設の目的と運営の方針

（施設の目的）

当施設は要介護者に対し、適正な介護老人保健施設サービスを提供することを目的とします。

（運営の方針）

当施設にあたっては、要介護状態と認定された利用者に対し、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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。

（居室の種類、定員）

居室の種類	室数	入所定員
個室	12室	76名
4人部屋	16室	

4. 従業者の職種及び員数

管理者/医師	1人
看護師	8.8人
介護士	18人
支援相談員	1人
介護支援専門員	1人
理学療法士又は作業療法士	4人
薬剤師	1人
管理栄養士	1人

それぞれの員数は業務の状況により増員することがあります。

5. 施設サービスの内容と利用料（法定代理受領を前提としています。）

※ 介護老人保健施設サービスの内容

要介護者を対象に、施設サービス計画に基づいて、居宅における生活への復帰を目指し、利用者の病状及び心身の状況に照らして行う適切な医療並びに看護及び医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な日常生活上の世話をを行います。

※ 利用料その他の費用の額

介護老人保健施設の利用料については、厚生労働大臣が定める基準（告示上の報酬額）によるものとし、介護老人保健施設サービスが法定代理受領サービスであるときは利用料の自己負担分（介護保険負担割合証による）と居住費・食事等の介護保険給付外サービスの額とします。

※ 高額介護サービス費の制度

月額44,400円（市町村民税世帯非課税者は24,600円、年収が80万円以下の方等は15,000円）を超えた部分は高額介護サービス費として払戻しの手続きができますのでお尋ねください。

（1）介護保険給付によるサービス

食事	朝食 8:00～ 昼食 12:00～ おやつ 15:00～ 夕食 18:00～ 管理栄養士により、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行います。また、医師の食事箋に基づき療養食を提供します。食べられないものやアレルギー等がある方は事前にご相談ください。
医療・看護	施設配置医師により適宜診察を行いご利用者の病状にあわせ医療・看護を提供します。施設医師の医学的判断に基づき、協力医療機関での医学的対応が必要となった場合には医療機関をご紹介します。急性増悪期、手術等の急性期治療のための医療につきましても協力医療機関等に移っていただくことになります。これらの医療機関では医療保険適用による別途自己負担が発生する場合がございます。
機能訓練 排泄の介助	理学療法士又は作業療法士による機能訓練を状況にあわせて行います。ご利用者の状況に応じて適切な排泄の介助と自立について援助を行います。
入浴清拭 着替え	入浴又は清拭を1週間に2回行います。 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は1週間に1回行います。
介護相談	施設サービスや在宅生活復帰に向けて、各担当者がご相談に応じます。

(2) 介護保険給付外のサービス

※理髪・美容 月1回実施 1階事務所受付にてお申し込みください。

※ 衣服リース,洗濯等の日常生活に必要な物品(ただしオムツ等を除きます。)につきましては,外部業者によるサービスもご利用頂けます。代行業者をご紹介させていただきます。

※ 医療について。

当施設で対応できる日常的な医療・看護・介護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが,協力医療機関による急性増悪期,手術等の急性期治療のための医療や,施設医師の指示による医療機関での治療につきましては,医療保険適用により別途自己負担をしていただく場合があります。医療費の支払いにつきましては,各医療機関の指示に従ってください。

協力医療機関	西宮渡辺心臓脳・血管センター
住 所	兵庫県西宮市池田町3番25号
電 話	0798-36-1880

協力医療機関	西宮渡辺病院
住 所	兵庫県西宮市室川町10番22号
電 話	0798-74-2630

協力医療機関	西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院
住 所	兵庫県西宮市前浜町4番3号
電 話	0798-39-0188

協力歯科医療機関	たかみ歯科医院
住 所	兵庫県西宮市上ヶ原八番町1番2号
電 話	0798-52-0800

(3) ご利用料金

入所時介護サービス費（従来型個室） (日額)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担額	763 円	808 円	877 円	934 円	988 円
2 割負担額	1,525 円	1,615 円	1,754 円	1,867 円	1,976 円
3 割負担額	2,288 円	2,2423 円	2,631 円	2,801 円	2,964 円
日用品費	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円
教養娯楽費	希望により参加された各クラブ活動で要した実費相当分				
食費（朝食）	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円
食費（昼食）	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
食費（夕食）	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
おやつ代	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
合計	2,969 円	3,014 円	3,083 円	3,140 円	3,194 円
(2 割負担)	3,731 円	3,821 円	3,960 円	4,073 円	4,182 円
(3 割負担)	4,494 円	4,629 円	4,837 円	5,007 円	5,170 円

入所時介護サービス費（多床室） (日額)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担額	842 円	893 円	959 円	1,014 円	1,072 円
2 割負担額	1,683 円	1,786 円	1,918 円	2,027 円	2,143 円
3 割負担額	2,525 円	2,679 円	2,877 円	3,041 円	3,214 円
日用品費	206 円	206 円	206 円	206 円	206 円
教養娯楽費	希望により参加された各クラブ活動で要した実費相当分				
食費（朝食）	400 円	400 円	400 円	400 円	400 円
食費（昼食）	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
食費（夕食）	750 円	750 円	750 円	750 円	750 円
おやつ代	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
合計	3,048 円	3,099 円	3,165 円	3,220 円	3,278 円
(2 割負担)	3,889 円	3,992 円	4,124 円	4,233 円	4,349 円
(3 割負担)	4,731 円	4,885 円	5,083 円	5,247 円	5,375 円

* 日用品費：シャンプー・リンス・トイレットペーパー等。

介護保険負担限度額認定 (日額)

	食費	多床室	従来型個室 老健、療養
第 1 段階	300 円	0 円	490 円
第 2 段階	390 円	370 円	490 円
第 3 段階①	650 円	370 円	1,310 円
第 3 段階②	1,360 円	370 円	1,310 円
第 4 段階	2,000 円	377 円	1,668 円

特別な室料：個室 4,000 円／日

その他の加算費用

加算項目	1 割	2 割	3 割	算定要件
夜勤体制加算	26 円/日	52 円/日	77 円/日	入所者数に対して夜勤を行う看護・介護職員の数が 20:1 以上で、かつ 2 を超えている場合に算定します。
初期加算	32 円/日	64 円/日	96 円/日	入所より 30 日間算定します。
短期集中リハビリテーション実施加算	257 円/日	513 円/日	769 円/日	入所日より 3 ヶ月間集中的にリハビリを行った場合に算定します。
認知症短期集中リハビリテーション加算	257 円/日	513 円/日	769 円/日	認知症と診断された方に 3 回/週リハビリを行います。
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	36 円/月	71 円/月	106 円/月	リハビリテーション実施計画の情報を厚生労働省へ提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。
退所時情報提供加算	534 円	1,068 円	1,602 円	退所時に在宅の主治医に対し情報提供を行った場合に算定します。
入退所前連携加算 (I)	641 円	1282 円	1923 円	入所前後 30 日以内に居宅介護支援事業所と連携し、退所後の居宅サービスの調整を行った場合に算定します。
入退所前連携加算 (II)	428 円	855 円	1282 円	居宅介護支援事業所と連携し、退所後の居宅サービスの調整を行った場合に算定します。
試行的退所時指導加算	428 円	856 円	1,282 円	退所を見込む、入所期間が 1 ヶ月を超える入所者が試行的に退所する際、指導を行った場合に 1 月に 1 度を限度として算定します。
訪問看護指示加算	321 円	641 円	962 円	退所時に訪問看護事業所に対し訪問看護指示書を交付した場合に算定します。
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I)	37 円	73 円	109 円	在宅復帰支援として所定の基準に適合しているものとして届け出を行っている場合に算定します。
入所前後訪問指導加算 (I)	481 円	962 円	1,442 円	居宅訪問を行い、退所を目的とした施設サービス計画の策定、診療方針の決定を行った場合に算定します。
入所前後訪問指導加算 (II)	513 円	1,026 円	1,538 円	居宅訪問を行い、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合に算定します。
口腔衛生管理加算 (I)	97 円/月	193 円/月	289 円/月	歯科衛生士が介護職員に対し口腔ケアについての技術的な指導や助言を行い、月 2 回の口腔ケアを行う場合に

				算定します。
口腔衛生管理 加算(Ⅱ)	118 円/ 月	235 円/月	353 円/月	同加算(Ⅰ)に加え口腔衛生に係る計画の内容等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。
栄養マネジメント強化加算	12 円/日	24 円/日	36 円/日	入所者 50 に対し 1 人の管理栄養士を配置し、栄養計画に従い週 3 回以上の観察を行い、栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。
療養食加算	7 円/食	13 円/食	20 円/食	療養食を提供した場合に 1 日 3 回を限度とし算定します。
経口移行加算	30 円/日	60 円/日	90 円/日	経口移行計画書を作成し栄養管理を行った場合に算定します。
経口維持加算 (Ⅰ)	428 円/ 月	855 円/月	1,282 円/ 月	著しい摂食機能障害があり、経口維持計画書を作成し栄養管理を行った場合に算定します。
経口維持加算 (Ⅱ)	107 円/ 月	214 円/月	321 円/月	経口維持加算Ⅰを算定している方に対する観察及び会議に、医師・歯科医師・歯科衛生士・又は言語聴覚士が参加した場合に算定します。
再入所時栄養 連携加算	214 円	428 円	641 円	入所者が医療機関に入院し、入所時と比べ大きく異なる栄養管理が必要な場合で医療機関と連携し計画を作成した場合、再入所時に算定します。
ターミナルケア加算	1 日当たり 1,763 円 876 円 171 円 86 円	3,525 円 1,752 円 342 円 171 円	5,287 円 2,628 円 513 円 257 円	ガイドラインに基づき、看取りケアを行った場合に算定します。 死亡日 死亡日前日、前々日 30 日～4 日前 45 日～31 日前
かかりつけ医 連携薬剤調整 加算(Ⅰ)	107 円	214 円	321 円	医師、薬剤師が薬物療法に関する研修を受け、入所後 1 ヶ月以内にかかりつけ医対し処方の変更の可能性について説明合意を得た場合に算定します。
かかりつけ医 連携薬剤調整 加算(Ⅱ)	257 円	513 円	769 円	同加算(Ⅰ)を算定しており、入所者の服薬情報を厚生労働省へ提出した場合に算定します。
かかりつけ医 連携薬剤調整 加算(Ⅲ)	107 円	214 円	321 円	同加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定しており、6 種類以上の内服薬が処方されている利用者に対し、施設医師と主治医が共同し、退所時に 1 種類以上の内服薬が減少している場合に算定します。
緊急時施設療 養費	546 円/ 日	1,092 円/ 日	1,638 円/ 日	緊急な医療が行われた場合に月に 1 回、連続する 3 日を限度として算定します。
所定疾患施設 療養費(Ⅰ)	256 円	511 円	766 円	施設内で肺炎・尿路感染・带状疱疹・蜂窩織炎に検査、治療を行った場合に算定します。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）	513 円	1,026 円	1,538 円	施設医師が所定の感染症に関する研修を受講しており、施設内で肺炎・尿路感染・带状疱疹・蜂窩織炎に検査、治療を行った場合に算定します。
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	4 円/月	7 円/月	10 円/月	入所者ごとに3ヵ月に1度以上、褥瘡について評価と高リスク者に対して計画を策定し、経過を記録し評価結果を厚生労働省へ提出し、必要な情報を活用している場合に算定する。
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	14 円/月	28 円/月	42 円/月	同加算（Ⅰ）の条件に加え高リスク者に褥瘡の発生が無い場合に算定する。
排せつ支援加算（Ⅰ）	11 円/月	22 円/月	32 円/月	排泄介護の軽減について多職種が共同で計画作成し評価を行い、厚生労働省へ情報を提出し必要な情報を活用している場合に算定します。
排せつ支援加算（Ⅱ）	16 円/月	32 円/月	48 円/月	同加算（Ⅰ）の条件に加え、排せつ状況に改善がみられる場合、もしくはおむつの使用なしとなった場合に算定します。
排せつ支援加算（Ⅲ）	22 円/月	43 円/月	64 円/月	同加算（Ⅱ）の条件すべてを満たす場合に算定します。
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	43 円/月	86 円/月	129 円/月	入所者ごとのADL、栄養、口腔機能、認知症等の情報を厚生労働省へ提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	64 円/月	128 円/月	192 円/月	同加算（Ⅰ）の情報に加え疾病、服薬情報等を提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。
自立支援促進加算	321 円/月	641 円/月	962 円/月	入所者ごとに医師、看護師、介護職等が共同で策定した支援計画に従いケアを実施し3ヵ月に1度以上見直しを行い、厚生労働省へ情報を提出し、必要な情報を活用している場合に算定する。
地域連携診療計画情報提供加算	321 円	641 円	962 円	医療機関の診療計画に基づいた治療を行い、医療機関へ情報提供を行った場合に算定します。
認知症ケア加算（Ⅰ）	4 円/日	7 円/日	10 円/日	認知症介護実践リーダー研修修了者を必要数配置し、従業員に対し認知症ケアに関する会議を開催している場合に算定します。
認知症ケア加算（Ⅱ）	5 円/日	9 円/日	13 円/日	（Ⅰ）の条件に加え、認知症介護指導者養成研修修了者を配置し、認知症ケア研修を計画実施した場合に算定します。
認知症情報提供加算	374 円	748 円	1,122 円	施設での認知症の診断が困難な入所者を認知症疾患医療センター等に紹介した場合に算定します。

認知症行動・ 心理症状緊急 対応加算	214 円/ 日	428 円/日	641 円/日	認知症によって、在宅での生活が困難であり緊急に入所が必要だと医師が判断した場合入所から 7 日まで算定します。
若年性認知症 利用者受入加算	129 円/ 日	257 円/日	385 円/日	40 歳以上 65 歳未満の若年性認知症の方を受け入れた場合に算定されます。
外泊時費用	387 円/ 日	774 円/日	1,160 円/ 日	外泊の初日と最終日を除いた施設に所在しない日に算定します ※介護保険法により、外泊は 1 ヶ月に 5 泊 6 日が限度となります。
外出時費用 (在宅サービスを利用する場合)	855 円	1,709 円	2,564 円	居宅における外泊時に介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合に算定されます。
サービス提供 体制強化加算	24 円/日 20 円/日 7 円/日	47 円/日 39 円/日 13 円/日	71 円/日 58 円/日 20 円/日	(Ⅰ)介護福祉士の割合が介護職員総数の 80%もしくは、勤続 10 年以上の介護福祉士 35%以上の条件を満たした場合に算定します。 (Ⅱ)介護福祉士の割合が、介護職員総数の 60%以上の場合に算定します。 (Ⅲ)介護福祉士の割合が介護職員総数の 50%以上もしくは、常勤職員が 75%以上、もしくは勤続 7 年以上の介護職員が 30%以上の場合に算定します。

介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×3.9%のうちご利用者負担割合分
介護職員特定処遇改善加算	(Ⅰ) 所定単位数の×2.1%のうちご利用者負担割合分 (Ⅱ) 所定単位数の×1.7%のうちご利用者負担割合分
介護職員等ベースアップ等 支援加算	所定単位数×0.8%のうちご利用者負担割合分

※施設サービス費、加算料金は地域加算により 1 単位当たり 10.68 円 となり、自己負担額は介護保険の規定により 1 割から 3 割負担の徴収となります。

※単位数計算により端数切捨てが発生するため、誤差が生じる場合があります。

その他の利用料金

電気代（電気器具 1 品につき）	31 円/日
------------------	--------

(4) お支払い方法

月末締め翌月 15 日頃に請求書を発送し、27 日前後にご指定の銀行口座（ゆうちょ含む）から自動振替いたします。領収書は翌月請求時期に郵送します。

お支払いは原則自動振替でお願いしております。

やむを得ず現金、もしくは銀行振り込みをご希望の場合は担当職員までご相談ください。

6. 事故発生時の対応及び損害賠償

当施設がご利用者に対して行う施設サービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。また、当施設が利用者に対して行った施設サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を行います。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

7. 苦情、相談等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当職員までお気軽にご相談ください。ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。また、行政の相談窓口は下記の通りです。

介護老人保健施設ハートケア西宮わたなべ 相談窓口 支援相談員 登川 健太
兵庫県西宮市前浜町4番3号
 電話番号 0798-39-0170
 FAX 番号 0798-39-0171

西宮市健康福祉局法人指導課
兵庫県西宮市六湛寺町10番3号
 電話番号 0798-35-3423
 FAX 番号 0798-34-5465
 月曜日から金曜日 午前9時～午後5時30分

芦屋市保健福祉部高年福祉課介護保険担当
兵庫県芦屋市精道町7番6号
 電話番号 0797-38-2024
 FAX 番号 0797-38-2160
 月曜日から金曜日 午前9時～午後5時15分

兵庫県国民健康保健団体連合会
兵庫県神戸市中央区三宮町1-9-1-1801
 電話番号 078-332-5617
 FAX 番号 078-332-5650
 月曜日から金曜日 午前8時45分～午後5時30分

兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課
兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号
 電話番号 078-341-7711
 FAX 番号 078-362-9470
 月曜日から金曜日 午前8時45分～午後5時30分

8. 非常災害時の対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を講じます。

1. 防火管理者は事業所管理者とし、火元責任者は当施設の事業所職員です。
2. 始業時、終業時には火災危険防止のため自主的に点検を行います。
3. 非常災害用の設備点検は年1回以上行います。
4. 非常災害用の設備は常に有効に保持するよう努めます。
5. 火災発生や地震等の災害が発生した場合は被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し任務の遂行に当たります。

6. 防火管理者は従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ① 防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難） 年1回以上
 - ② 非常災害用設備の使用方法的徹底 年1回以上
7. その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処します。

9. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行ないません。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断して身体拘束を行う場合があります。この場合には、当施設の医師がその様態および時間、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。

10. 秘密保持と個人情報の保護

施設及び施設の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供期間が終了した後においても継続します。外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ます。

施設は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を5年間適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

11. 褥瘡対策等

当施設は、ご利用者に対し良質な施設サービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護と発生を防止することに努めます。

12. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

1. 無断外出、外泊は絶対に行わないものとし、外出、外泊を希望される場合は当施設の医師の許可が必要となります。外出外泊を希望する場合は、事前に外出外泊届をご記入いただき職員にお申し出ください。また外出、外泊された場合は面会時間内（9：00～20：00）を守って帰設してください。
2. 施設内での飲酒、喫煙及び賭事等は禁止いたします。
3. 現金・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。施設では紛失の責任は負いかねますのでご了承ください。
4. ナイフ・はさみ・針・スプレー缶などの危険物の持ち込みは禁止です。
5. 居室の内外は清潔を心がけ、ペット・動物類の持ち込み飼育はご遠慮ください。
6. 生花、鉢植えや感染症の原因となる可能性の有る物の持ち込みはご遠慮ください。
7. テレビ・冷蔵庫・加湿器などの電化製品の持ち込みはご遠慮ください。
8. 施設外からの飲食物、嗜好品の持ち込みは禁止です。施設での預かりについても対応しておりません。居室で発見した飲食物等は処分いたしますのでご了承ください。
9. 外線より利用者への電話の呼び出しは9時より17時までとさせていただきます。取次ぎでの通話は短時間となるよう心がけてください。携帯電話は他のご利用者のご迷惑にならないようにご使用ください。
10. 施設内では転倒防止のため、踵のないスリッパやサンダルは使用できません。
11. 消灯時間は21時となっております。
12. 施設内での宗教活動、政治活動、勧誘などはご遠慮ください。
13. 面会は必ず施設の職員の許可を受け、面会簿にご記入の上、所定の場所で面会してください。また面会時間は次のとおりです。

平日 9時より20時まで

休日 9時より20時まで

容態急変時の確認事項

* 急変時の受診先

1. 施設に判断を任せる（原則施設併設もしくは協力医療機関受診とする）
2. 指定医療機関受診を希望する（ただし、協力医療機関以外を希望する場合は家族同行での受診とする）

医療機関名：

主治医：

連絡先電話番号：

* 受診先医療機関での延命処置

1. 延命処置を希望します
2. 延命処置を希望しません

本契約を証するため、甲及び乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通を保有する。

年 月 日

(利用者 甲)

私は、「渡邊高記念会 第20210401号重要事項説明書」に基づいて、乙の職員（職名 支援相談員 氏名 ）から重要事項の説明を受けたことを確認します。また、契約内容について十分な説明を受け、その内容を理解し、本契約と日常生活費等を申し込みます。

住 所 〒
氏 名
電話番号

印

(身元引受人及び署名代行者)

私は、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行します。

住 所 〒
氏 名
電話番号
甲との続柄
【勤務先】
住 所 〒
会 社 名
電話番号

印

(事業者 乙)

当施設は、甲の申込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

所 在 地 〒662-0931 兵庫県西宮市前浜町4番3号

名 称 社会医療法人渡邊高記念会 介護老人保健施設 ハートケア西宮わたなべ

代 表 者 理事長 佐々木 恭子 印

電話番号 0798-39-0170