

平成 年 月 日

(事業者)

施設名 グループホーム ソフトハンド

TEL 018-863-7322 FAX 018-863-7329

住 所 秋田県秋田市新屋勝平町10番30号

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(身元引受人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

上記以外の緊急連絡先

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印