

入-2

同意書

特別養護老人ホームまごころ館四街道入所申し込みに当り、貴施設が必要と認める場合は、担当の居宅介護支援事業所のケアマネージャー、担当主治医、市の介護保険担当者から、入所申し込み者に係る情報を貴施設の担当者が受けることに同意致します。

平成 年 月 日

入所者氏名 _____ 印

身元引受人(入所希望者とのご関係 _____)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____