デイサービスセンター　のぞみ翔裕館
指定地域密着型通所介護・第一号通所事業重要事項説明書
＜令和３年 10 月１日現在＞

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（**秋田市指定　０５９０１０１１１９**）

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護・第一号通所事業（以下、通所介護サービスという）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※　当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」または「要支援」と認定された方、または「事業対象者」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

１．事業者……1
２．事業所の概要……1
３．職員の配置状況……2
４．当事業所が提供するサービスと利用料金……3
５．サービスの利用に関する留意事項……5
６．非常災害対策……5
７．緊急時・事故発生時の対応……5
８．損害賠償について……5
９．サービス提供における事業者の義務……5
10．秘密の保持……6
11．契約の終了……6
12．苦情の受付について……7
13．運営推進会議……10

１．　事業者

（１）法人名　　株式会社サンガジャパン
（２）法人所在地　　埼玉県さいたま市大宮区桜木町四丁目２５２番地　ユニオンビル９階
（３）電話番号　　０４８－６１４－１５４１
（４）代表者氏名　　代表取締役　　神成　裕介

２．　事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定地域密着型通所介護事業　（令和３年１月１日指定）
　　介護保険法に基づく第一号通所事業（令和３年１月１日開始）

（２）事業所の目的　　当施設は、介護保険法等関係法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、通所介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　デイサービスセンター　のぞみ翔裕館

（４）事業所の所在地　秋田市上北手荒巻字堺切４８

（５）電話番号　　０１８－８３９－８５０３　（FAX　０１８－８３９－９９０１）

（６）管理者　　デイサービスセンターのぞみ翔裕館　通所介護担当（管理者）齋藤　未菜美

（７）設　備　　食堂兼機能訓練室２室（一室は短期入所生活介護と共用）
　　浴室(一般浴槽・特別浴装置)
　　静養室１室(２床)　相談室１室　　送迎車３台

（８）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜日は休館日となっております。） （1月1日～3日は休館となります。）
営業時間（通常）	午前8時３０分～午後５時３０分
サービス提供時間	（地域密着型通所介護）午前９時３０分～午後４時３０分 （第一号通所事業）　　午前９時３０分～午後４時３０分

（９）利用定員　　月曜日～土曜日　各１８名（第一号通所事業含む）

（１０）事業の実施区域　旧秋田市内及び河辺地区
　　【通常の送迎範囲】
　　事業の実施区域と同じ：介護保険基本部分に含まれる

３．　職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

管　理　者　　１名（常勤兼務１名：看護職員兼務）

事業管理者。職員及び業務の管理を行ないます。ご利用に関すること日常生活上等の相談を随時行います。

生活相談員　　２名(常勤兼務１名：介護職員兼務、非常勤兼務１名：介護職員兼務)

ご契約者及びご家族等からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との調整を行います。

機能訓練指導員　２名(常勤専従１名、非常勤兼務１名：看護職員兼務)

ご契約者の機能訓練を担当します。専従訓練指導員が不在時は看護職員が対応します。

看護職員　　２名（常勤兼務１名：管理者兼務、非常勤兼務１名：機能訓練指導員兼務

ご契約者の健康管理や療養上の看護も行いますが、日常生活上の相談等も行います。

また、ご契約者の機能訓練を担当します。

介護職員　　４名（常勤専従１名、常勤兼務１名：生活相談員兼務
非常勤専従１名、非常勤兼務１名：生活相談員兼務）

ご契約者の日常生活上の介護及び、健康維持の相談、助言等を行います。

４．　当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（２）利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合

（詳細につきましては別紙料金表をご参照ください。）

（１）介護保険の給付または第一号事業支給費の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の通常７～９割が介護保険から給付されます。
※負担割合証参照

〈サービスの概要〉

①食事介助（但し、食材料費は別途いただきます。）（食事時間）　１２：００～１３：００
当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

②入浴介助（一般入浴・特別入浴）
入浴サービスを行います。車椅子の方でも機械浴槽を使用し入浴することができます。

③排泄介助
排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④個別機能訓練・運動器機能向上訓練
専門のスタッフにより、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を個別に実施します。（機能訓練指導員が対応）

⑤送迎
お体の状況により福祉車両等にてお迎え・お送りいたします。
通常の送迎範囲にお住まいの方は介護保険の基本部分に含まれます。

〈利用料金〉

①－１第一号通所事業利用料（基本部分）

要介護度	（基本単位）	１ヶ月あたりの利用料金	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担（１割）	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担（２割）	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担（３割）
要支援１・事業対象者	（１，６７２）	１６，７２０円	１，６７２円	３，３４４円	５，０１６円
要支援２	（３，４２８）	３４，２８０円	３，４２８円	６，８５６円	１０，２８４円

②サービス体制強化加算Ⅰ

ⅰ）事業対象者又は要支援１の方
１月当たり８８０円。ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…８８円、２割の場合…１７６円、３割の場合…２６４円です。

ⅱ）要支援２の方

１月当たり１，７６０円。ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…１７６円、２割の場合…３５２円、３割の場合…５２８円です。

③口腔機能向上体制加算Ⅰ　※口腔機能の低下が認められ、ケアプランに位置づけのある方のみ

第一号通所事業ご利用の方は月に１回のサービス利用が出来ます。１回当たり１５００円。ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…１５０円、２割の場合…３００円、３割の場合…４５０円です。

※　⑤運動器機能向上加算との同時算定は出来ません。機能訓練・口腔訓練をともに実施した方は⑥選択的サービス複数実施加算Ⅰのみ算定となります。

④介護職員処遇改善加算(Ⅱ)　所定単位数に４．３パーセントを乗じた単位数で算定

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から第一号事業支給費を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（利用料金は要介護度と利用回数、サービス内容に応じて異なります。）

⑤運藤器機能向上訓練加算　ケアプランに位置づけのある方のみ

１月当たり2,２５０円。※専従機能訓練指導員による訓練実施した場合のみ

ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…２２５円、２割の場合…４５０円、３割の場合…６７５円です。

※　③口腔機能向上体制加算Ⅰとの同時算定は出来ません。機能訓練・口腔訓練をともに実施した方は⑥選択的サービス複数実施加算Ⅰのみ算定となります。

⑥選択的サービス複数実施加算Ⅰ　ケアプランに位置づけのある方のみ

運動器機能向上サービス・口腔機能向上サービスの２つの加算を同月に利用した方が対象です。同月に両方実施しなかった方は、それぞれ実施した内容の加算のみ算定となります。

月当たり…4,８００円。**ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合**

１の場合…４８０円、２割の場合…960円、３割の場合…1,４４０円です。

①－２指定地域密着型通所介護利用料（基本部分）

要介護度	（基本単位）	１日あたりの利用料金	介護保険適用時の１日あたりの自己負担（１割）	介護保険適用時の１日あたりの自己負担（２割）	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担（３割）
要介護１	（750）	７，500円	750円	１，500円	２，250円
要介護２	（887）	８，870円	883円	１，766円	２，649円
要介護３	（１，028）	１０，280円	１，028円	２，056円	３，084円
要介護４	（１，１68）	１１，680円	１，１68円	２，336円	３，504円
要介護５	（１，308）	１３，080円	１，308円	２，616円	３，924円

②入浴加算Ⅰ

入浴介助１回あたり４００円。ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…４０円、

２割の場合…80円、３割の場合…120円です。

③サービス体制強化加算Ⅰ

１回当たり220円。ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…22円、２割の場合…44円、３割の場合…６６円です。

④口腔機能向上体制加算Ⅰ　※口腔機能の低下が認められ、ケアプランに位置づけのある方のみ

地域密着型通所介護ご利用の方は月に２回までサービス利用出来ます。ともに１回当たり1,５００円。ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割の場合…１５０円、２割の場合…３００円、３割の場合…４５０円です。

⑤介護職員処遇改善加算(Ⅱ)　所定単位数に４．３パーセントを乗じた単位数で算定

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（利用料金は要介護度と利用回数、サービス内容に応じて異なります。）

⑥個別機能訓練加算Ⅰ　ケアプランに位置づけのある方のみ、専従機能訓練指導員出勤時のみ

１回当たり５６０円。※専従機能訓練指導員出勤日のみ算定となります。

ただし、介護保険適用時の自己負担は負担割合１割…５６円、２割の場合…１１２円、３割の場合168円です。

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画、介護予防サービス・支援計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。

※交付された「負担割合証」よりご負担割合分をいただきます。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付または第一号事業支給費の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食事の提供（食材料費＋調理費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。　**昼食代　６５０円**（※消費税対象外）

②レクリエーション活動

ご希望によりレクリエーション活動（外出行事等）に参加していただくことができます。

（外出等の特別な行事での入場料等は実費をいただきます。）

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。　**１枚　白黒１０円、カラー２０円**（※消費税別途）

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、利用料金を変更することがあります。その場合、事前に変更の事由と金額についてご説明します。

（ ３ ）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、月ごとの合計額を翌月の１５日までに請求書及び明細書を送付します。利用者は当月の料金の合計額を翌月末日までに（現金もしくは銀行振込み、口座引き落としのいずれかの方法）事業者に支払います。事業者は料金の支払いを受けた時に領収書を発行します。尚、当事業所としては口座振替による徴収方法をお願いしております。（口座振替手数料は全て弊社負担となります）

（ ４ ）利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に申し出がなく、ご契約者の都合により通所介護の利用を中止又は変更もしくは新たにサービスを追加することができます。その場合にはサービス実施日の前日１７：００までに当施設へ申し出てください。（担当の居宅介護支援事業所を通じ、申し出て頂いてもかまいません。）

②サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合があります。

③契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

５．サービスの利用に関する留意事項

（ １ ）施設・設備の使用上の注意事項

① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従ってご利用下さい。

② 金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。

③ 故意に施設設備等を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により修復いただくか又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

④ 当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動等を行うことはできません。

（ ２ ）喫　煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6.　非常災害対策

当事業所では非常災害に関する具体的な計画をたて、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行うものとする。

① 災害時の対応…消防計画に沿った非常誘導を行う。

② 防　災　設　備…火災受信機/火災通報装置／非常用放送設備／スプリンクラー／屋内消火栓
非常ベル／誘導標識／誘導灯／消火器

③ 防　災　訓　練…年間２回の訓練を実施。

④ 防火管理責任者…消防法に基づいた防火管理を行う。

７．緊急時・事故発生時の対応

① やむをえない事故によりご契約者が病気またはけがにより診断、治療が必要となった場合、その他

必要な場合は、ご契約者の主治医または当事業所の協力医療機関において速やかに必要な治療等が受けられるよう、必要な措置を行います。

② ご契約者が急に身体等の具合が悪くなった場合は、主治医、嘱託医と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるよう対応します。

③ ご契約者に対する事故が発生した場合は、市町村・ご契約者の家族・当該ご契約者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

④ 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。

⑤ 当事業所は通所介護サービスの提供によってご契約者に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うものとします。

8．損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償（あいおいニッセイ同和損保株式会社）いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について契約者に故意又は過失が認められる場合は、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。契約に関して止むを得ず起訴となるような場合は、その一切の起訴の第一審の管轄は秋田地方判所とすることを予め合意します。

9．サービス提供における事業者の義務

①ご契約者の生命、身体、財産の安全･確保に配慮します。

②ご契約者の体調、健康状態によって、医師又は看護職員と相談のうえ、必要と判断した場合、ご利用をご遠慮いただく場合があります。

③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともに、ご契約者(利用者)又はご家族の求めに応じて、サービス提供記録等開示・閲覧し、複写物を交付します。

④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご入居者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録（その様態及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、家族からの同意を得た旨）を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

１０．秘密の保持

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①当事業所としてご契約者及びご家族等に関わる個人情報の取り扱いに関しては、守秘義務・個人情報保護法のもと、契約期間中、契約終了後も正当な理由なく第三者へは漏洩致しません。

②当事業所として知り得たご契約者個人情報の保管に関しては、鍵付き書庫の使用等の必要な措置を講じ漏洩防止に努めます。

③当事業所職員による個人情報漏洩防止手段として、職員の雇用契約の際に守秘義務に関する誓約書を取り交わし、現職中・退職後も情報漏洩のないよう努めます。

④サービス担当者会議等のサービス事業所間での個人情報の取り扱いに関して、事前にご契約者・ご家族に書面にて同意を得ない限り使用致しません。

⑤サンガジャパンとして個人情報の取り扱いに関しては、別途定める個人情報取扱規程にて漏洩防止に努めます。

１１．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の１ヵ月日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。また、要介護認定更新時に「要支援１」、「要支援２」、「事業対象者」と認定された方につきましては、サービスを継続する場合「第一号通所事業対象者」として自動的に更新されます。また、事業対象者が認定更新時に要介護と認定された方につきましても、サービスを継続する場合「指定地域密着型通所介護サービス」として自動的に更新されます。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

①ご契約者が死亡した場合
②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑥ 契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑧ 要支援認定を受けている方が自立と認定され、事業対象者として認定されなかったた場合。
⑨ 事業対象者に該当する方が事業対象者として認定されなくなった場合。

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の１ヶ月前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②ご契約者が入院された場合（介護保険施設への長期入所を含む）
③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」「介護予防サービス・支援計画」が変更された場合
④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが２ヶ月月以上遅延し、相当期間を定め

た催告にもかかわらず１０日以内に支払われない場合
③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

（３）契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

（４）その他

行政の指導及び介護保険上、今後新たに条項が追加される場合は事前に文書で通知します。

１２．　苦情の受付について

（１）事業所における苦情の手順・概要

①苦情があった場合は、ただちに管理者もしくは生活相談員がご契約者に連絡を取り、直接行くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認します。

②管理者、もしくは生活相談員が必要であると判断した場合は、施設長まで含めて検討会議を行います。

（検討会議を行わない場合も、必ず施設長まで処理結果を報告します。）

③検討の結果、必ず翌日までには具体的な対応を致します。（ご契約者、ご家族に謝罪に行きます。）

④記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発を防止するために役立てます。

再発防止の為、他部署との責任者とも検討会議を行います。（個人情報要素は話しません。）

⑤苦情に関して国民保険団体連合会が行う調査に協力するとともに指導又は、助言に従って必要な改善および開示を行います。

（２）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口

デイサービスセンターのぞみ翔裕館　指定地域密着型通所介護
第一号通所事業

苦情受付担当者　生活相談員　　松田　英美
苦情解決責任者　管理者　　齋藤　未菜美

〇受付時間　　８：３０～１７：３０　　TEL　０１８－８３９－８５０３

※　苦情受付ボックスを正面玄関に設置しています。

当運営法人における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます

〇苦情受付窓口　株式会社サンガジャパン

〇電話番号　　０４８－６１４－１５４１

○受付時間　　月曜から金曜日まで　８：３０～１７：３０

（３）行政機関その他苦情受付機関

市町村担当窓口　秋田市役所 長寿福祉課	所在地　　秋田市山王１丁目１番１号 電話番号　０１８－８８８－５６６８
市町村担当窓口　秋田市役所 介護保険課	所在地　　秋田市山王１丁目１番１号 電話番号　０１８－８８８－５６７４
秋田県国民健康保険団体連合会	所在地　　秋田市山王４丁目２番３号 電話番号　０１８－８８３－１５５０

解決が困難な場合は、「運営適正化委員会」に申し出る事が出来ます。

秋田県福祉サービス相談支援センター	所在地　　秋田市旭北栄町 1-5 電話番号　０１８－８６４－２７２６

（４）当法人の苦情解決第三者委員会

施設内で問題の解決が困難であった場合は、第三者委員会に協力を仰ぎ、問題の解決を図ります。

委員長　浅利　繁雄	住　所　　秋田市上北手荒巻字荒巻 140 電　話　　０１８－８３９－２７４０

１３．　運営推進会議について

①地域密着型通所介護事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。

②当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。

③「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね６ヶ月に１回以上会議を開催します。

④「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いします。

個人情報の取り扱いについての同意書

介護サービスを利用されるに当たり、ご利用者様及び、そのご家族様の個人情報を以下の目的において利用することが御座います。以下に挙げた内容について、同意しがたい項目がある場合には、レ点を入れて下さい。レ点がないものについては、同意いただけたのもとして扱わせて頂きます。また、お申し出の変更は、いつでも受け賜わります。

□　ご利用者様が利用される他の介護サービス事業者からの照会及び回答
□　医療機関・行政等との連携
□　サービス担当者会議での情報提供
□　運営推進会議での情報提供
□　公費負担に関する行政機関等への資料提出、照会
□　当法人内での苦情や事故等の報告
□　損害賠償等での保険会社等への相談又は資料提出
□　事業所で実施される介護実習等
□　職員の知識・技術向上を目的とした研究活動
□　外部調査機関・行政による審査等での情報提供
□　行事で撮影した写真の機関紙等での掲載

ケアホテルのぞみ翔裕館の（通所介護・短期入所生活介護）サービスを利用するあたり、個人情報の取り扱いについて説明を受け、これに同意致します。

令和　　年　　月　　日

（利用者）住所

氏名　　印

（家　族）住所

氏名　　印

ご利用者様との関係

＜説明月日＞　　令和　　年　　月　　日

指定地域密着型通所介護サービス・第一号通所事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

（説明者）

株式会社サンガジャパン

デイサービスセンターのぞみ翔裕館

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜同意月日＞　　令和　　年　　月　　日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受け、サービスを受けることに同意しました。また、本書面の交付を受けました。

（利用者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（利用者の家族等署名及び代行者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄（　　）

＜主たる判断者＞

※　利用者自身で判断できない事柄やご家族様（代理人）との協議を要する事項については、ご家族様（代理人）の総意を代表するものとして、主たる判断者を定めていただきます。
利用開始後、主たる判断者以外からの申し出等は、原則的に受け付けません。
また、主たる判断者及びその指名するもの以外には、個人記録は公開しません。

氏名・続柄	続柄（　　）
連絡先	
電　話	