

【様式2】

以上契約書及び重要事項説明書、個人情報の取り扱い、身体拘束に関する説明について担当者より説明を受け、十分理解の上同意し、契約が成立したことを証するため本契約書2通を作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

年 月 日

事業者

事業者	所在地	〒999-6603 山形県東田川郡庄内町添津字家の下97			
		電話番号	0234-51-1100	FAX	0234-56-2236
	事業者名	医療法人 徳洲会 介護老人保健施設 あかね			
	代表者	理事長 東上 震一			㊟
指定番号	0653080002		指定都道府県名	山形県	

利用者

利用者	住所	〒 —			
		電話番号	( ) —	FAX	( ) —
氏名				㊟	
	代筆者		続柄		
身元引受人	住所	〒 —			
		電話番号	( ) —	FAX	( ) —
	氏名	㊟			続柄
	勤務先	名称			
電話番号					
連帯保証人	住所	〒 —			
		電話番号	( ) —	FAX	( ) —
	氏名	㊟			続柄
	補償限度額	万円			
	勤務先	名称			
電話番号					

【請求書・明細書及び領収書の発送先（支払者）】

氏名 続柄  
住所 〒 —  
電話番号 ( ) —