

【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 管理者	理事長 東上 震一 施設長 山本 修			印
	指定番号	0653080002	指定都道府県名	山形県	

利用者

利用者	住所	〒 ー			
	電話番号	() ー	FAX	() ー	
	氏名				印
身元引受人	住所	〒 ー			
	電話番号	() ー	FAX	() ー	
	氏名	印			続柄
	勤務先	名称			
	電話番号				
連帯保証人	住所	〒 ー			
	電話番号	() ー	FAX	() ー	
	氏名	印			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 〒 ー
電話番号 () ー