

同意書

私は、以下事項について理解し、在宅支援の提供を受けることを同意します。

- 施設又は事業所職員が、電話や訪問等によって、利用者及びその家族の健康状態の確認をすることに応じます。
- 施設又は事業所職員が、電話や訪問等によって、自宅での生活状況や自宅環境の状態の確認をすることに応じます。
- 施設又は事業所職員に対して、必要に応じて、電話等で体調管理や在宅生活について相談をします。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____