

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問型サービス

家事支援型訪問サービス

契約書別紙

様

医療法人 聖 仁 会

訪問介護ステーションさくら

【契約書別紙】

11. 担当サービス提供責任者

氏 名

連絡先 048-854-1359

12. 第1号訪問型サービス・家事支援型訪問サービスの内容

提供するサービス内容は下記のとおりです。

- ① 身体介護 ② 生活援助 ③ 家事支援

(サービスの内容)

曜 日	サービスの種類	計画時間	訪問日	サービス内容
月曜日		～		
		～		
		～		
		～		
火曜日		～		
		～		
		～		
		～		
水曜日		～		
		～		
		～		
		～		
木曜日		～		
		～		
		～		
		～		
金曜日		～		
		～		
		～		
		～		
土曜日		～		
		～		
		～		
		～		

年 月 日

事業者住所 埼玉県さいたま市桜区大字上大久保884番地

事業者名称 医療法人 聖 仁 会

代表者職氏名 理事長 西 村 直 久

指 定 番 号 1 1 7 0 1 0 1 0 7 3

事業所住所 埼玉県さいたま市桜区大字上大久保830番地1

西部在宅ケアセンター1F

事業所名称 医療法人聖仁会訪問介護ステーションさくら

説明者氏名 _____

年 月 日

私は、上記の説明を受け了承しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

代理人(家族の代表)住所 _____

代理人(家族の代表)氏名 _____