

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

苫小牧市指定 第0193600244

あなたに対する指定介護老人福祉施設のサービス提供開始にあたり、施設の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次のとおりご説明します。

※ 当施設への入所は、原則として苫小牧市に住所地があり、要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

◇◆◇ 目 次 ◇◆◇

1、施設経営法人	1
2、ご利用施設	1
3、居室の概要	2
4、職員の配置状況	2
5、当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6、施設を退所していただく場合（契約終了について）	8
7、身元引受人	10
8、事故報告及び連絡先氏名・住所	10
9、苦情の受付について	11
10、運営・施設基準に関する事	12

1、 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 苫小牧慈光会
- (2) 法人所在地 北海道苫小牧市字樽前216番地5
- (3) 電話番号 0144-67-6308 FAX 67-4332
- (4) 代表者氏名 松 神 繁 俊
- (5) 法人設立年月日 昭和54年 6月26日

2、 ご利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設 平成23年4月1日
苫小牧市指定 0193600244号

- (2) 施設の目的 施設は入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、少数の居室および当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下「ユニット」という。）ごとにおいて地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものになるように配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会関係を築き、自律的な日常生活を営めるように支援することを旨とする。

- (3) 施設の名称 地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）ケアセンターしらかばの郷

- (4) 施設の所在地 苫小牧市しらかば町5丁目5番6号

- (5) 電話番号 0144-71-1661 FAX 71-1662

- (6) 施設長（管理者） 藤 原 浩 之

- (7) 当施設の運営方針 ケアセンターしらかばの郷は、地域密着型サービスとして高齢者が要介護状態となっても、できるだけ住み慣れた地域の中で、安心して継続した生活が送れるよう利用者の自立支援を基本に、可能な限り地域生活への復帰を念頭に置いた介護サービスの提供に心掛ける。また、積極的に施設が有する機能を地域に開放し、地域密着型介護老人福祉施設として、その施設の機能を地域の中で活用を積極的に行い、地域社会への貢献に寄与し、地域に必要とされる施設作りを目指すものです。

- (8) 開設年月日 平成23年 4月 1日

- (9) 入所定員 29名

3、 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居は、個室（1人部屋）が中心ですが、2人部屋もございます。利用者の身体・精神的状況、経済状況を考慮して、お部屋については決めさせていただきます。

居室および主な設備

居室・設備の種類	設備の種類
個室（1人部屋）	27室
2人部屋（夫婦部屋）	1室
共同生活室	3ユニット
浴室	4室（個浴3室、特殊浴室1室《特殊浴槽・小型介護浴槽》）
医務室	1室（診療室）

※ この施設・設備の利用にあたって、利用者に特別ご負担していただく費用はございません。

☆ 居室の変更について、利用者、ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

4、 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して指定介護福祉施設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、短期入所介護及び介護予防短期入所生活介護を含めて員数計算しております。

（令和6年4月1日現在）

職 種	常勤換算	指定基準
1、施設長（管理者）	1.0	1（常勤）
2、医師		必要数（非常勤可）
3、介護支援専門員	1.0	1以上
4、生活相談員	1.0	1以上（常勤）
5、看護職員	1.88	1以上（常勤）
6、介護職員	21.97	15以上（常勤）
7、機能訓練指導員	0.12	1以上
8、栄養士	1.0	1人以上

※ 常勤換算とは、直接処遇職員という看護職員・介護職員等に対して、週あたりの勤務延時間数（例：36.25h）で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
介護職員	早出A 6：30～15：00
	日 勤 9：15～17：45
	遅出A 11：30～20：00
	夜 間 16：45～ 9：45
看護職員	日 中 9：15～17：45
機能訓練指導員	日 中 上記と同一
医 師	水曜日 10：30～11：30

5、 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合。
- (2) 利用料金の全額を契約者に負担していただく場合等があります。

(1) 介護保険の給付の対象サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に準じて、介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食 事

◎ 当施設では、専任の栄養士が立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

なお、自立支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただきますが、心身の状況によりお部屋でとることもできます。

<食事時間>

朝食7時30分～ 昼食11時30分～ 夕食17時15分～

② 入 浴

◎ 入浴又は清拭を週2回行い身体の保清につとめます。入浴設備については個浴（各ユニット1室）・特別浴槽（特殊浴槽・小型介護浴槽）がございます。

③ 排 泄

◎ 利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切に援助を行います。

④ 機能訓練（生活機能訓練）

◎ 利用者の身体状況に合わせて訓練を行い、身体機能維持並びに機能低下防止に努めます。また訓練にあたっては、機能訓練指導員が実施します。

⑤ 健康管理

◎ 医師や看護職員が、健康管理を行います。なお、緊急等必要な場合には

主治医或いは協力医療機関に責任をもって引き継ぎます。

⑥ その他自立への支援

- ◎ 寝たきり防止のため、心身の状況等を勘案しできる限り離床に努めます。
- ◎ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ◎ 清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

＜サービス利用料金＞（1日あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、利用者の要介護度や介護保険負担割合（1割～3割）に応じたサービス利用料金から介護保険給付費の額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いいただきます。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

利用料金は介護度により次のとおりとなります。

介護保険一部負担金（1日あたり） ※下記金額は介護保険負担割合が1割負担の場合の料金です。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用に係る自己負担額（1割）	682円	753円	828円	901円	971円

体制加算（共通して加算される単位数）・・・自己負担分（1割）

夜勤職員配置加算Ⅱ	1日	46円
日常生活継続支援加算	1日	46円
栄養マネジメント強化加算	1日	11円
協力医療機関連携加算	1月	100円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	単位数合計×11.3%	

個別加算（該当者のみに加算される単位数）・・・自己負担分（1割）

療養食加算（対象者のみ）	1回	6円（1日18円）
安全対策体制加算（入所初日のみ）	1日	20円
初期加算（入所した日からまたは30日を超えて退院した日から30日間）	1日	30円
入院加算・外泊加算（入院の日及び外泊の日を除いて6日間）	1日	246円
口腔衛生管理加算Ⅱ（対象者のみ）	1月	110円
再入所時栄養連携加算	該当時のみ200円	
退所時情報提供加算	該当時のみ250円	
若年性認知症受入加算	1日	120円

☆ また介護保険の給付額の変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額も変更になります。

（2） 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条・第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担になります。

食材料費及び調理費 1日につき1,445円

利用者負担段階	負担限度額（一日あたり）
第1段階	300円
第2段階	390円
第3段階①	650円
第3段階②	1360円

② 居住の提供に要する費用（光熱水費及び室料）

この施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、光熱水費および室料を、ご負担して頂きます。

ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご負担となります。

外出・外泊、入院等で居室を開けておく場合には、入院・外泊が発生した翌日から6日間を限度に、居住費のご負担をしていただきます。なお、第1～第3段階の方は、6日間は負担限度額認定の適用が受けられます。

ユニット型個室 1日につき 2,066円

※利用者が介護保険負担限度額認定証の発行を受けている場合には、1日の居住に要する費用の負担限度額は以下の通りになります。

利用者負担限度額	ユニット型個室 負担限度額 (1日当たり)
第1段階	880円
第2段階	880円
第3段階①	1370円
第3段階②	1370円

③ 利用者が選定する特別な食事の提供に要する費用

外食・出前・お酒等特別な食事を提供した場合。

利用料金：実費負担

- ④ 理容サービス
(理容サービス)
月1回理容師の出張による理容サービス。(実費負担)
- ⑤ 預り金の管理サービス
ご契約者及び利用者の希望により、預り金管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下のとおりです。
☆ 管理する金銭の形態：施設入居時に施設の指定する金融機関(苫小牧信用金庫 錦岡支店)の本人名義で作成した通帳にて金銭管理
☆ お預かりするもの：上記の預貯金通帳と金融機関へ届けた印鑑
☆ 保管管理者：施設長
☆ 出納方法：手続きの概要については、当法人の預かり金管理規定に基づきます。
※預り金管理サービス：(1日につき30円)
- ⑥ サービスに係る記録の複写物の交付
利用者または契約者はサービスの提供の記録をいつでも閲覧できますが、複写物を閲覧できますが、複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。(1枚につき10円)
- ⑦ 教養娯楽の提供、野外レクリエーション等の行事での入館料
事業者が特に定める教養娯楽設備またはレクリエーションに係る費用で利用者に負担いただくことが適当であるもの。(実費負担)
- ⑧ 利用者が選定した水分補給・おやつ類の提供
利用者が専ら個人で飲食する嗜好性の高い水分補給・おやつ類の費用で利用者に負担して頂くことが適当であるもの。(実費負担)
- ⑨ 私物の洗濯の業者委託
利用者の外出着など当施設の設備で洗濯することが不可能な衣類等のクリーニング代。(実費負担)
- ⑩ 居室に設置してあるテレビのレンタル料
(1日につき 50円)
- ⑪ 利用者の健康上必要と認められる各種予防接種の提供(実費負担)
- ⑫ その他利用者個人が専用で使用する嗜好性の高い物品(実費負担)
利用者が個人で専用で使用する、嗜好性の高い物品で、利用者に負担いただくことが適当であるもの。(実費負担)
- ⑬ 利用者が日常生活において通常必要となる日用品の提供(実費負担)

なお、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、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記の料金、費用は1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までご請求いたしますので、請求月の20日まで、施設の指定口座に振込みにてお支払下さい。

なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額を請求いたします。

(4) 入所中の医療提供について

利用者が医療を必要とする場合、利用者の希望により下記協力機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。）

< 嘱託病院及び協力医療機関・歯科医院等 >

① 協力医療機関（内科・歯科）	
医療機関の名称	苫小牧澄川病院
所在地	苫小牧市澄川町7丁目9番18号
診療科	内科・歯科

6、施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では、契約が終了する期日は定めていません。従って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。

ただし、次の事項に該当した場合には、当施設との契約が終了し、利用者へ退所して頂くことがありますので、担当者とよくご相談下さい。

（契約書第15条参照）

- ① 要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。
- ② 入所後の更新認定で要介護1～2の変更が生じた場合、入所継続の妥当性について苫小牧市に意見を求め、その意見を基に再入所判定会議で検討した結果特例での入所が認められる事由に該当しない場合。
- ③ 事業者が解散や破産した場合又は、やむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者へのサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤ 当施設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 契約者から退所の申し出があった場合。（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) 契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第16条・17条参照）

契約有効期間であってもご契約者から当施設から退所の申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届書を提出してください。

但し、以下の場合は、即時に契約を解約・解除し、施設を退所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 施設の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③ 利用者が3ヶ月以上の入院治療を要する場合。
- 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介護福祉施設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利用者の身体・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 他利用者が利用者の身体・財物・信用等を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) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）契約書第18条参照

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時に利用者の心身の状態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 ご契約者が、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上延滞し、2ヶ月以上の督促にもかかわらずこれを支払われない場合。（最大4ヶ月利用料金の未納の

場合)

- ③ 利用者が、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。
- ④ 利用者が連続して3ヶ月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合。
- ⑤ 利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑥ 利用者が重大な自傷行為を繰り返して行うなどして回復の見込みがない場合

① 入院の場合（検査入院・一時入院）

利用者が検査入院または治療目的として入院のときは、入院の日から3ヶ月（90日）までは、いつでも帰れるようベッドを確保しておきます。

但し、3ヶ月（90日）以上の入院治療が主治医の診断で必要となった場合契約を解除する場合があります。

その場合、入院の日を除いて6日間については入院加算1日2460円の1割の負担額246円をお支払いしていただきます。外泊の場合も同様です。また、特定入所者介護サービス費としての居住費（室料・光熱水費）については外泊及び入院等が発生した翌日より6日間を限度とし、基準費用額及び負担限度額認定証を受けている場合は、その額をご負担していただきます。

なお、3ヶ月を越えて、施設利用が可能となった場合には、再び当施設に優先的に入所できるよう努めます。

また、当施設が満室の場合でも、短期入所生活介護（ショートステイ19床）を優先的にご利用できるよう努めます。その際の利用の利用契約は継続扱いとさせていただきます。

（3）円滑な退所のための援助（契約書第19条参照）

利用者が当施設を退所するにあたり、ご契約者並びに利用者の希望により事業者は、利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に速やかに行います。

- ◎ 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介。
- ◎ 居宅介護支援事業所の紹介。
- ◎ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介。

7、身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

但し、入所契約終了した後、ご契約者には当施設に残された残置物引取をお願いします。（契約書第22条参照）

当施設はご契約者様に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用は、ご契約者にご負担いただきます。

8、事故報告及び連絡先氏名・住所（契約書第24条参照）

利用者が利用中に生じた事故については、保険者である市町村に連絡するとともに、ご契約者に事故の状況報告を速やかに行うものとする。

また、利用者の年齢等を鑑み容体急変、及び入院等が生じた場合、ご契約者に連絡をとり状況説明等を行う。

①	連絡先氏名	
	住所	〒
	自宅電話	
	携帯電話	
②	続柄	
	連絡先氏名	
	住所	〒
	自宅電話	
	携帯電話	
	続柄	

9、苦情の受付について（契約書第26条参照）

（1）当施設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。

○苦情受付窓口及び氏名

	職名及び名前	電話番号
苦情解決責任者	施設長 藤原 浩之	0144-71-1661
苦情受付担当者	副施設長 勝見 祥	0144-71-1661

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9時15分～17時45分

また、苦情受付ボックスや電話でのご相談にも応じられるようになっております。

○ 福祉サービス相談委員氏名（第三者委員）

錦岡西地区民生委員児童委員協議会会長	田原雄平	0144-67-0511
山手地区民生委員児童委員協議会副会長	山谷寿郎	0144-72-8248

（２）苦情の受付、解決の方法

- ① 福祉サービス利用者及び家族からの苦情・相談は面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時受け付けています。
- ② 受け付けた苦情は、苦情解決責任者と苦情対応委員会に報告致します。
- ③ 福祉サービス利用者及び家族のご希望により、福祉サービス相談委員会（第三者委員）の助言、立会い等必要な場合は、福祉サービス相談委員会（第三者委員）に苦情の内容及び報告を行い確認の上、福祉サービス利用者及び家族に対して福祉サービス相談委員会（第三者委員）が報告を受けた旨を通知致します。
- ④ 苦情解決責任者は福祉サービス利用者及び家族と誠意を持って話し合い解決に努めます。その際、福祉サービス利用者及び家族又は、苦情解決責任者は福祉サービス相談委員会（第三者委員）の助言や立会いを求めることができます。
尚、福祉サービス相談委員会（第三者委員）の立会いによる話し合いは、苦情内容の確認、解決案の調整・助言・話し合いの結果や改善事項等の確認を行います。

（３）行政機関その他苦情受付

苫小牧市福祉部 介護福祉課	所在地 電話番号	苫小牧旭町4丁目5-6 0144-32-6111
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号	札幌市中央区北2条西7丁目 011-204-6311
国保連合会介護サ ービス苦情相談窓口	所在地 電話番号	札幌市中央区南2条西14丁目 6F 011-231-5175

10、運営・施設基準に関すること

（１）第三者評価事業の実施について

○提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

指定介護老人福祉施設サービス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。

地域密着型介護老人福祉施設 ケアセンターしらかばの郷
説明者職名 生活相談員 氏名 勝見 祥 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 印

住 所
契約者 氏名 印
(続 柄)

個人情報の使用に係わる同意書

私及び契約者(家族代表)は、社会福祉法人苦小牧慈光会 地域密着型介護老人福祉施設 ケアセンターしらかばの郷が、私及び身元引受人、家族の個人情報(文書および写真・電子保存媒体など)を以下に定める条件のとおり、下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集することに同意します。

1. 利用目的

- (1) 介護保険における要介護認定の申請及び更新、変更のため。
- (2) 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者(自治体)、その他社会福祉団体等の連絡調整のため
- (4) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合、および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内の介護会議のため
- (6) その他サービス提供で必要な場合
- (7) 福祉事業やサービスの向上に資するためにおこなわれる研究のため
- (8) 実習生やボランティアなど人材育成のため
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

2. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる締結前からのサービス終了後においても第三者に漏らさない。

社会福祉法人苦小牧慈光会
地域密着型介護老人福祉施設 ケアセンターしらかばの郷
代表者指名 理事長 松 神 繁 俊 様

令和 年 月 日

利 用 者

氏 名

印

契約者(家族代表)

氏 名

印

(続 柄)

ホームページ上への写真掲載について

当法人及び事業所の各種活動や取り組みにおいて、宣伝広報等広く情報を発信するにあたり、ご利用者様・ご家族の写真（顔写真を含む）動画を使用させていただく場合があります。

「個人情報の使用に係わる同意書」とは別に、本書面においてご利用者様・ご家族様の写真の使用についての意向を確認させていただきたいと思っております。

記

【掲載内容】

- ①施設内外でのレク・行事参加の様子の画像等
- ②その他ブログ掲載が望ましいと考えられる画像等

私は施設入所にあたり、ケアセンターしらかばの郷の広報活動の為に、写真・動画等を使用して制作するホームページに私及び契約者、家族が掲載されることに

【 同意します ・ お断りします 】（該当するものに○をつけて下さい）

また、掲載内容並びに掲載期間等については、ケアセンターしらかばの郷に一任することに

【 同意します ・ お断りします 】（該当するものに○をつけて下さい）

令和 年 月 日

利 用 者 氏 名

契約者（家族代表） 氏 名

（続 柄）

預貯金の受払い等に関する委任状について

私は、下記利用者_____氏の預貯金管理サービスを申し込
みます。

また、併せて利用中において、介護保険対象外サービス費用の自己負担金等に
ついて、預かり金よりその都度受け払いすることの事務の一切をケアセンター
しらかばの郷に委任いたします。

社会福祉法人 苫小牧慈光会
地域密着型介護老人福祉施設 ケアセンターしらかばの郷
代表者氏名 理事長 松 神 繁 俊 様

令和 年 月 日

利用者氏名 住 所
氏 名 印

委 任 者 住 所
氏 名 印

(続柄)

代理人専任届書

私は、介護保険サービスを受けるにあたり、下記の者を私の代理人として専任し契約の締結及びその他付随事項等の一切を委任いたしますので代理人専任届けを提出いたします。

社会福祉法人 苫小牧慈光会
地域密着型介護老人福祉施設 ケアセンターしらかばの郷
代表者氏名 理事長 松 神 繁 俊 様

令和 年 月 日

委任者

氏 名

印

代理人

氏 名

印

(続柄)