

医療連携体制同意書

この度、グループホーム 福平 におけるサービス利用にあたり、下記の医療連携体制に係る事項
に関し、事業者より説明を受け承諾、同意します。

尚、常識的な看取り期介護が行われたことによって、万一発生した不可抗力の事態に対しては、
意義は申し立てません。

記

1. 重度化した場合の対応に係る指針（別紙のとおり）
2. 医師や医療機関との連携体制（別紙のとおり）

平成 年 月 日

〔利用者〕 利用者の住所 _____
利用者の氏名 _____ 印
身元引受人の住所 _____
身元引受人の氏名 _____ 印

当グループホームは、この同意書の定めるところにおいて、健康管理・医療連携体制を強化しま
す。

〔事業者〕 事業者の住所 鹿児島市唐湊4丁目1番2号
事業者の名称 有限会社 ライフサポート
代表者の氏名 代表取締役 佃 望
事業所の住所 鹿児島市下福元町7505番地
事業所の名称 グループホーム 福平
責任者職氏名 管理者 松ヶ野 美幸 印