

誓 約 書

令和 年 月 日

医療法人 春 香 会
介護老人保健施設 プランタンおおま
施 設 長 殿

〈施設利用者〉 氏 名： 印
本 籍 地：
現 住 所：
電 話 番 号：

上記の者が介護老人保健施設プランタンおおまを利用するにあたり、下記の諸事を厳守し、迷惑をかけるまいよう本人並びに扶養者・連帯保証人の連署をもって誓約致します。

尚、契約に違反した場合は、利用中止を命じられても異議は申しません。

《誓約事項》

1. 上記の者が介護老人保健施設プランタンおおまに入所、通所することに同意します。
2. 入所、通所中は施設からの注意事項や指示事項は必ず守ります。
3. 緊急時や入院をする場合、やむを得ず家族連絡が事後になる場合でも異議は申しません。
4. 施設利用中、利用者間に不可抗力を認められる事故（例えば転倒・骨折・誤嚥・障害など）が起こった場合や病状の変化等の対応（例えば隔離処置など）は施設の指示に従い、施設にその責を求めません。
5. 施設利用にあたり、規定による利用料及びその他の利用者にかかわる一切の費用を指定の期日に必ず支払います。（支払期日は月末締め翌月末日）
6. 施設利用中、利用者が長期的に必要と認められる物品の所持については、施設の指示通りとし、施設備品の破損、欠損、故障した場合は責任をもって弁償します。
7. 施設への入退所、入所中の外出・外泊等の一切については、施設長の指示に従います。
8. その他利用者本人の身上に関する事、利用料支払いに関する事は、扶養者及び連帯保証人が責任をもって処理し、施設に迷惑をかけません。
9. 連帯保証人の負担は、極度額として220万円を限度とします。
10. 原則として入所中は他の病院等に受診できません。但し、やむを得ない場合は必ず施設長の許可を受けます。

〈身元引受人・ 氏 名： 印 利用者との続柄：
保 証 人〉 住 所：

電話番号：

携帯電話：

勤務先： 電話番号：

〈連帯保証人〉 氏 名： 印 利用者との続柄：
住 所：

電話番号：

携帯電話：

勤務先： 電話番号：