

# 個人情報使用同意書

医療法人ケアテル 個人情報保護規則について、担当者により説明を受けこれらを十分理解した上で同意します。

サービス付き高齢者向け住宅  
指定特定施設入居者生活介護  
介護付有料老人ホーム ケアテル吾妻苑  
管 理 者 殿

令和 年 月 日

入居者名 : \_\_\_\_\_ (印)

住 所 : \_\_\_\_\_

代 理 人 : \_\_\_\_\_ (印)

住 所 : \_\_\_\_\_

(続 柄 : \_\_\_\_\_ )

(事務担当者 遠藤 元樹)

# 重 要 事 項 同 意 書

介護付有料老人ホーム ケアテル吾妻苑を利用するにあたり、介護付有料老人ホーム  
ケアテル吾妻苑重要事項説明書により施設運営に関する重要事項に関して、担当者による  
説明を受け、これらを十分理解した上で同意し、交付を受けました。

サービス付き高齢者向け住宅  
指定特定施設入居者生活介護  
介護付有料老人ホーム ケアテル吾妻苑  
管 理 者 殿

令和 年 月 日

入居者名 : \_\_\_\_\_ (印)

住 所 : \_\_\_\_\_

代 理 人 : \_\_\_\_\_ (印)

住 所 : \_\_\_\_\_

(続 柄 : \_\_\_\_\_ )

(事務担当者 遠藤 元樹)

# 利用受付・申込書

サービス付き高齢者向住宅・特定入居者生活介護事業所

介護付き有料老人ホーム ケアテル吾妻苑

区分	1. 特定入居者生活介護（要介護状態の方） 2. 介護予防特定入居者生活介護（要支援状態の方）				
利用者	氏名	フリガナ	男女	明 大 昭 年 月 日生（ 歳）	
	現住所	〒 ー TEL（ ） ー			
	本籍				
申込者	氏名	フリガナ	続柄	連絡先	1. TEL（ ） ー 2. TEL（ ） ー 3. TEL（ ） ー ※必ず連絡できる場所を複数ご記入下さい。
	住所	〒 ー			
	メールアドレス	@ ※ご契約の際に必要な場合があります。			
ご本人のご希望されるリハビリに○をつけて下さい。（複数でも可） 移動等・排泄等・着替え等・食事等・入浴等・洗面等・その他（ ） 将来の目標（番号に○をつけて下さい） 1. 在宅（ショート・デイ・訪問看護・訪問介護・その他： ） 2. 施設（施設名： ）					
家族状況（同居している方のお名前をご記入下さい）				現在の状況（番号に○をつけて下さい）	
氏名	続柄	年齢	職業	1. 入院中（病院名 ） 2. 施設入所中（施設名 ） 3. 在宅 外来受診 有（ ） 無	
				人工透析治療（シャント： ）	
				医療機関（ ）	
入居希望時期 令和 年 月 日頃					

※記入不要

受付年月日	令和 年 月 日	受付番号	
-------	----------	------	--