

# 重要事項説明書

社会福祉法人 黒松内つくし園

短期入所生活介護事業所

介護予防短期入所生活介護事業所

慶 和 園

「短期入所生活介護事業所 慶和園」  
「介護予防短期入所生活介護事業所 慶和園」

## 重要事項説明書

介護保険法に関する厚生労働省令 39 号 4 条に基づいた内容。

### 1：事業者の概要

|           |                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------|
| 事業の名称     | (介護予防) 短期入所生活介護事業                                    |
| 主たる法人の所在地 | 寿都郡黒松内町字黒松内 5 6 2 番地 1                               |
| 法人名       | 社会福祉法人 黒松内つくし園                                       |
| 代表者の氏名    | 理事長 岡久 孝雄                                            |
| 電話番号      | 0 1 3 6 - 7 7 - 2 8 3 3      0 1 3 6 - 7 2 - 3 0 3 3 |

### 2：ご利用施設

|            |                                                      |
|------------|------------------------------------------------------|
| 事業所の名称     | (介護予防) 短期入所生活介護事業所 慶 和 園                             |
| 施設の所在地     | 北海道虻田郡京極町字更進 7 8 0 番地 1                              |
| 都道府県知事指定番号 | 北海道第 0 1 7 2 2 0 0 2 4 8 号                           |
| 施設長の氏名     | 施設長 澁谷 剛 ・ 副施設長 山中 幸代                                |
| 区分         | 併設型短期入所生活介護費 (I) 及び併設型介護予防短期入所生活介護費 (I)<br>地域区分「その他」 |
| 電話番号       | 0 1 3 6 - 4 2 - 2 2 0 1                              |
| F a x 番 号  | 0 1 3 6 - 4 2 - 2 2 0 9                              |
| E メ ー ル    | keiwaen@tsukushien.or.jp                             |

### 3：ご利用施設で併せて実施する事業

| 事業の種類      | 都道府県知事の指定        |      | 利用定員 | 備考 |
|------------|------------------|------|------|----|
|            | 指定年月日            | 指定番号 |      |    |
| 養護老人ホーム慶和園 | 平成 12 年 10 月 1 日 |      | 35 名 |    |

### 4：施設の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の目的 | <p>介護保険法その他の関係法令及び通知の理念に則り、要介護及び要支援状態になったご契約者の意志、人格の尊重、ご家族の意向への配慮、ご契約者の心身体能力等あらゆる残存能力を考慮・活用し、可能な限り自立した日常生活支援を目的としております。</p> <p>従来施設の大きな集団的ケアではなく、ご利用者一人ひとりの生活を尊重した個別ケアを推進し、ひとつのユニットを一家族と考え、ご契約者と職員が家族の一員のような信頼関係を培い援助を行います。 ご契約者は、日常生活を営むための必要な居室及び共同施設等をご利用いただけます。</p> |
| 運営の方針 | <p>生活の中心はお客様という法人の倫理綱領の基本理念をもとに、お客様一人ひとりへのサービスの質的向上及び家族や地域から信頼される福祉増進を目指しております。</p>                                                                                                                                                                                     |

|  |                                                                                                         |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 日常生活においても、家族的な雰囲気を第一に、ご契約者の有する残存能力に応じた適切なサービスを行い、ご契約者が生きがいをもって毎日生活できるよう配慮し、ご契約者・ご家族が安心して利用できる施設運営を行います。 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5：施設の概要

### 短期入所生活介護事業所及び介護予防短期入所生活介護事業所「慶和園」

|     |      |                            |                          |
|-----|------|----------------------------|--------------------------|
| 敷   |      | 地                          | 18,641.37 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造  | 鉄筋コンクリート構造 地下1階、地上2階、塔屋1階  |                          |
|     | 延床面積 | 5,013.08 m <sup>2</sup>    |                          |
|     | 利用定員 | 老人短期入所事業 3名（介護予防短期入所定員も含む） |                          |
|     |      |                            |                          |

### （1）居 室 ※ 全室個室・ショートステイエリアのみ記載

| 居室の種類   | 室数 | 面 積                  |
|---------|----|----------------------|
| 個室 Fタイプ | 2  | 15.18 m <sup>2</sup> |
| 個室 Hタイプ | 1  | 17.48 m <sup>2</sup> |

### （2）主な設備

| 設備の種類   | 数  | 面 積                  | 特 色                    |
|---------|----|----------------------|------------------------|
| 食堂談話室   | 1  | 219.9 m <sup>2</sup> | ※建物2階部分                |
| 調理室     | 1  | 62.74 m <sup>2</sup> | ※建物1階部分                |
| 洗面所     | 38 |                      | 各居室に設置しております           |
| トイレ     | 18 | 3.24 m <sup>2</sup>  | 2居室に対して一カ所配置           |
| 機能回復訓練室 | 1  | 60.73 m <sup>2</sup> | ※建物1階部分                |
| 一般浴室    | 1  | 18.1 m <sup>2</sup>  | ※建物2階部分                |
| スロープ浴室  | 1  | 49.50 m <sup>2</sup> | 座位保持で入浴します ※建物1階部分     |
| 特別浴室    | 1  | 50.40 m <sup>2</sup> | 臥床のまま入浴できる機械浴槽 ※建物1階部分 |
| 静養室     | 1  | 20.20 m <sup>2</sup> | 介護職員に隣接しております          |

## 6：主な職員の体制

| 従業員の職種    | 区 分 |     |       |     | 備考      | 指定基準<br>人員数 |
|-----------|-----|-----|-------|-----|---------|-------------|
|           | 常 勤 |     | 非 常 勤 |     |         |             |
|           | 専 従 | 兼 務 | 専 従   | 兼 務 |         |             |
| 施 設 長     |     |     |       | 1名  |         | 1名          |
| 副 施 設 長   |     |     |       | 1名  |         | —           |
| 医 師       |     |     |       | 1名  | 嘱託医     | 1名          |
| 生 活 相 談 員 |     | 1名  |       | 1名  | 計画作成担当者 | 1名以上        |
| 介 護 職 員   |     | 3名  |       |     |         | 1名以上        |
| 看 護 職 員   |     |     |       | 1名  |         | 1名以上        |

|         |  |  |  |     |         |       |
|---------|--|--|--|-----|---------|-------|
| 栄 養 士   |  |  |  | 1 名 | 併設特養栄養士 | 1 名以上 |
| 機能訓練指導員 |  |  |  | 1 名 |         | 1 名以上 |

## 7：主な職員の勤務体制

| 従業員の職種    | 勤 務 体 制                   | 休 暇                           |
|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| 施 設 長     | 8：30～18：00（休憩12：30～14：00） | 1年間を通して4週8休<br>（曜日により人数の変動あり） |
| 生 活 相 談 員 | 8：30～18：00（休憩12：30～14：00） |                               |
| 介 護 職 員   | 早1 7：00～16：00             |                               |
|           | 遅3 13：00～22：00            |                               |
|           | 日B 9：00～18：30             |                               |
|           | 日C 9：00～18：00             |                               |
|           | 夜2 22：00～ 7：00（翌朝）        |                               |
| 看 護 職 員   | 8：30～17：30（休憩11：30～12：30） |                               |
| 介護支援専門員   | 8：30～18：00（休憩12：30～14：00） |                               |

\* 詳細な勤務体系は、別表参照。

## 8：通常の事業の実施地域

事業の実施地域は、山麓7カ町村（京極町・倶知安町・ニセコ町・蘭越町・真狩村・留寿都村・喜茂別町）とする。

## 9：施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています）

### （1）介護保険給付によるサービス

| サービスの種別   | 内 容                                                                                                                                                                    | 自 己 負 担 額                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 排 泄       | 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力をできるだけ活用した支援を行います。                                                                                                                                 | *利用料金については、別表「利用料金表」を参照。 |
| 入 浴 ・ 清 拭 | 入浴又は清拭を週2回以上行います。<br>* 入 浴 日 個別浴 特浴、リフト浴 とともに随時<br>* 入浴時間 個別浴 特浴、リフト浴 とともに<br>9：30～12：00、13：00～17：00<br>間で随時、週2回以上確保<br>但し、流行性感冒等により変更になることがあります。<br>また冬期間は上記と若干異なります。 |                          |
| 離 床       | 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。                                                                                                                                              |                          |
| 着 替       | 毎朝夕の着替えをお手伝いします。                                                                                                                                                       |                          |
| 整 容       | 身の回りのお手伝いをします。                                                                                                                                                         |                          |
| シ ー ツ 交 換 | シーツ交換は週1回以上、その他必要に応じ行います。                                                                                                                                              |                          |
| 寝 具 の 消 毒 | 寝具の消毒は月1回行います。                                                                                                                                                         |                          |
| 洗 濯       | 必要に応じて衣類の洗濯を行います。                                                                                                                                                      |                          |
| 健 康 管 理   | 看護師が日々の健康管理に努めます。<br>※定期的な通院や受薬等については、ご家族に対応をお願いしております。                                                                                                                | 内容により実費をご負担いただくことがあります。  |

|         |                         |  |
|---------|-------------------------|--|
| 娯 楽 等   | 囲碁、将棋、カラオケ、TV等を整えております。 |  |
| 介 護 相 談 | お客様とその家族からのご相談に応じます。    |  |

＊ 高額介護サービス費の制度（厚生労働省の通達により変更有り）

月額44,400円（但し、市町村税世帯非課税者等は24,600円、老齢年金受給者等は15,000円）を超えた部分は高額介護サービス費として払戻し手続きがありますのでお尋ねください。

（２）介護保険給付外サービス

| サービスの種類        | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 自 己 負 担 額                                                                                                            |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食材料費及び調理に係る費用相当分としてお支払いいただく費用です。</li> <li>・ 食べられない物やアレルギー等がある方は事前にご相談くださる様、お願いいたします。</li> <li>・ ご利用者の自立支援のためになるべく離床して食事をとっていただいております。</li> <li>・ 食事時間の目安として下記の時間帯よりご提供しております。</li> </ul> <p>●朝 7：30～ ●昼 11：30～<br/>●夕 17：30～</p> <p>※ 基本的にご利用者の生活スタイルに合わせた形で食事提供を行っています。可能な範囲で時間設定に余裕を持たせる様努力いたしますのでご要望やご相談はお気軽にスタッフまでお願いいたします。</p> <p>※ 他の利用者への対応やその他の事情によりご希望時間に添えない場合もございますので予めご了承ください。</p> | <p>＊標準費用額 1日1,445円</p> <p>・但し、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額となります。</p> <p>＊朝食 314円<br/>昼食 597円<br/>夕食 534円</p> |
| 居 住 費          | 室料と光熱水費相当分としてお支払い頂く費用です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>＊標準費用額 1日1,080円</p> <p>・但し、所得状況等に応じた負担額の軽減制度があります。</p>                                                            |
| 理 容 ・ 美 容      | 理美容師の出張による理容・美容サービス（調整・顔剃り）をご利用いただけます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 実費をご負担いただきます。                                                                                                        |
| レクリエーション活動（行事） | <p>当施設では、レクリエーション活動に参加いただくことができます。参加されるかは任意となっています。</p> <p>主なレクリエーション行事</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ふれあいの夕べ（夏祭り）・忘年会・養護部門での食事会やお茶会・外出企画等</li> </ul> <p>詳細については、お尋ねください。</p>                                                                                                                                                                                                                                            | 行事内容により、実費をご負担いただくことがあります。                                                                                           |
| 日常生活品の購入代行等    | 衣類、歯ブラシ等の日用品購入の代行をさせていただきます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 購入代金等は実費をご負担いただきます。                                                                                                  |
| 特 別 な 食 事      | <p>ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。</p> <p>※特別な食事とは、ご利用者の特別な希望に基づくメニューです。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 内容により実費をご負担いただきます。                                                                                                   |

|                 |                                                               |                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                 | ニュー及び食材等を示します。                                                |                                     |
| 金銭管理サービス        | 銀行・局通帳、実印等の保管サービスのほか、公共料金等の支払等代行サービスを行います。<br>ご利用されるか否かは任意です。 | 内容により実費をご負担いただきます。<br>(利用希望者は、別紙記入) |
| 介護保険・年金関係書類サービス | 介護保険書類受理及び提出書類作成。<br>年金関係書類受理及び提出書類作成。<br>ご利用されるか否かは任意です。     | 内容により実費をご負担いただきます。<br>(利用希望者は、別紙記入) |

\* 平成17年10月から居住費と食費が介護保険の対象から外れ、自己負担頂くことになりました。

所得金額等により負担限度額があります。この他に法人による軽減ができる場合がございます。  
詳しくは、市町村の介護保険課にお尋ねください。

\* その他、日常生活に必要な物品（おむつ等は除きます）や嗜好品につきましては、ご利用のお客様方の全額負担となっておりますのでご了解ください。

\* 医療について ; 委託医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をして頂くことになります。

\*実費料金表をご確認ください。

## 10：苦情等申立窓口

当施設のサービスについてご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（窓口担当者は相談員です。電話 0136-42-2201）までお気軽にご相談ください。

また、ご意見箱の設置も致しておりますのでご利用ください。責任を持って調査、改善をさせていただきます。

社会福祉法人黒松内つくし園苦情解決委員会の体制及び手順

- ① 苦情のある方は、苦情受付担当者に申し出る。
  - ② 苦情受付担当者は、苦情解決担当者（管理者）に苦情内容を報告する。
  - ③ 苦情解決担当者（管理者）は、苦情内容を検討し職員間で解決方法を検討し苦情申出人にその内容を説明し了承を得る。了承を得られない場合は、法人の苦情解決責任者に報告する。
  - ④ 法人の苦情解決責任者は、報告内容を検討するとともに苦情申出人から事情を聴き解決方法を検討し苦情申出人にその内容を説明し了承を得る。了承を得た内容は施設の苦情解決担当及び苦情受付担当者に周知する。
  - ⑤ 了承を得られない場合は、苦情解決委員会に報告し、委員会で検討して頂く。
  - ⑥ 苦情解決委員会は、報告内容を検討するとともに苦情申出人から事情を聴き解決方法を検討し苦情申出人にその内容を説明し了承を得る。施設にその解決策を実施するよう指示する。
- 上記方法以外に下記機関に相談頂くことも可能です。

- |                                                                                                                                                                                                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・各都道府県の国民健康保険団体連合会（北海道国民健康保険団体連合会 Tel 011-231-5175）</li> <li>・北海道福祉サービス運営適正化委員会（Tel 011-204-6310）</li> <li>・市町村（京極町健康推進課介護保険係 Tel 0136-42-2111）</li> </ul> | <p>にご相談ください。</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

#### 11：協力医療機関

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | ひまわりクリニックきょうごく |
| 所在地     | 虻田郡京極町字京極316   |
| 電話番号    | 0136-42-2161   |
| 診療科     | 総合内科           |
| 入院設備    | 無              |

#### 12：協力歯科医療機関

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 菊地歯科医院         |
| 所在地     | 虻田郡京極町字京極423番地 |
| 電話番号    | 0136-42-3130   |

#### 13：非常災害時の対策

|          |                                                                                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 災害時の対応   | 別途定める「老人福祉施設 慶和園消防計画」に則り対応を行います。                                               |
| 近隣との協力関係 | 近隣施設、町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。また、互いに非常時のホットラインを結んでおります。                |
| 平常時の訓練   | 別途定める「老人福祉施設 慶和園消防計画」に則り年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練をご利用者の方も参加して実施します。                   |
| 防火設備     | スプリンクラー、自動火災報知機、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉・シャッター、室内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知機、非常用電源、カーテン・布団等は防災加工 |
| 消防計画等    | 羊蹄山ろく消防組合消防署京極支署への届け出は、毎年4月上旬<br>防火管理責任者：施設長、防火管理者：課長                          |

#### 14：当施設ご利用の際のご留意頂く事項

|                  |                                                                                                   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会            | 面会時間 10時～12時 13時～17時<br>ご利用お客様は、ご面倒でも面会簿にご記入をお願いしております。宿泊をご希望の方は、申し出て下さい。18：00以降は施錠を行いますので留意ください。 |
| 外出・外泊            | 外出の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て下さい。身内の付き添いをお願いしております。                                                    |
| 居室・設備・器具の利用      | 施設内の居室や設備・器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。                              |
| 喫煙・飲酒            | 喫煙は定めた場所以外ではお断りします。<br>飲酒は、医師と相談してください。                                                           |
| 迷惑行為等            | 騒音等他のお客様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、理由もなく他のお客様の居室等に立ち入らないでください。暴力等で他のお客様に迷惑がございましたら、退所いただくこともあります。        |
| 所持品の管理<br>現金等の管理 | 代行サービスを行います。ご利用は任意です。<br>ご利用のお客様は、法人の預かり金規定(別紙)で対応させていただきます。                                      |
| 宗教活動             | 施設内で他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                               |

|         |                                         |
|---------|-----------------------------------------|
| 動物飼育    | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。               |
| 火気取扱    | 火災予防のため居室等での自炊をお断りします。                  |
| 利用料金の延滞 | 請求書発行後3カ月の延滞で、催促等でも未納の場合、事由により退所いただきます。 |

#### 15：事故発生時の対応として

- (1) サービス提供による事故が発生した場合は、速やかに保険者（市町村）、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等、利用お客様の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償に速やかに対応を講じます。
- (3) 事故が発生した場合にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (4) 当該事故の状況及び事故の対応について記録します。

#### 16：虐待防止のための措置に関して

- (1) 当施設では、利用者の人権侵害、虐待が起きないための体制の整備を行います。
- (2) 従業者に対して、利用者の権利擁護、虐待防止のための研修を行います。
- (3) 利用者の人権侵害、虐待が疑われる事例が発生した場合、施設はその事実関係を明らかにすると共に記録します。  
場合によっては、速やかに保険者（市町村）、ご利用者のご家族に連絡を行い事実関係の説明を行うと共に必要な措置を講じます。

#### 17：秘密保持等に関して

- (1) 正当な理由がなく、業務上知り得たご利用お客様又はそのご家族の秘密を漏らさないよう講じます。
- (2) 従業者であった者が、正当な理由がなく、業務上知り得たご利用お客様又はそのご家族の秘密を漏らすことがないような必要な措置を講じます。
- (3) 居宅介護支援事業者や病院及び保険者等に対して、ご利用お客様に関する情報を提供することがございます。個人情報の収集、利用、提供に当たっては本人の同意書を頂きます。  
別紙（1－1、1－2）
- (4) 個人情報の所得に際し、利用目的を特定して通知または公表し、利用目的に従い適切に個人情報の収集、利用、提供をおこないます。
- (5) 個人情報の紛失、漏洩、改ざん及び不正なアクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防処置費等を講じて適切な管理を行います。
- (6) 個人情報保護の取組みを全役職員等に周知徹底させるために、基本方針及び規程を作成しております。
- (7) 取組が適切に実施されるよう、必要に応じて評価・見直しをおこない、継続的な改善に努めます。
- (8) 個人情報についての御質問や問い合わせ、或いは、開示、訂正、削除、利用停止等の依頼窓口は相談員がうけつけております。

## 18：その他施設の運営に関する重要事項について

- (1) 本施設は、運営規程の第2条第2項に従い身体拘束を行いません。但し、利用者の生命又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、医師や職員間で協議し、その内容、期間等を明示し、事前にご家族の了承の下に、ご利用者の行為等を妨げる処置をする場合があります。但し、緊急止むを得ない場合には、事後報告とさせていただく場合があります。このことに関しては、別紙2の同意書をいただきます。
- (2) 天変地異等や事業所が予測不可能な事態に対しては、その都度臨機応変に対応してゆくものいたします。  
その際、利用者の安否についての情報は、必要に応じ利用者家族へ速やかに連絡を行い、詳細については、事後その内容についてご説明申し上げます。
- (3) インフルエンザ等の感染症予防に関しては、利用者の入所前の健康診断をお願いし、感染症を持ち込まないようにご協力をお願いするとともに、毎年、職員の健康診断を実施する。  
要  
望があれば、その時期に利用されている契約者に対し行うことができます。インフルエンザ  
予防接種についても同様とします。但し、健康診断料等は実費相当額をいただきます。

## 19：第三者評価の実施状況（有・無）

（実施年月日）

（評価機関）

（評価結果）

### 附則

この説明書は平成26年4月1日から施行する。

平成26年12月1日一部改正。

平成27年 4月1日一部改訂。

平成29年 4月1日一部改訂。

平成30年 4月1日一部改訂。

令和1年 7月1日一部改訂。

令和1年 10月1日一部改訂。

令和2年 4月1日一部改訂。

令和4年 4月1日一部改訂。

令和5年 9月1日一部改正

令和6年 8月1日一部改正

令和7年 4月1日一部改正

令和7年 6月24日一部改正

私は、本書面に基づき、乙の職員（職種名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_）から上記  
重要事項の説明を受けたことを確認しました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご利用お客様（以後甲という）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（署名代行者）  
私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行いたしました。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

署名代行使理由

甲は、 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ が代行いたしました。

甲の身元保証人（死亡もしくは重大な事由が、発生した場合の身元引取り可能な方）  
身元保証人とは、家族及び社会制度上認められた人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

※変更が発生した場合は、直ちに変更手続きを行ってください。

【緊急連絡先氏名】

できるだけ当施設からの連絡が速答できる方か、来園可能な方をお願いいたします。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 続 柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ） ※携帯電話番号でも結構です。