

同意書

私はこの度、令和 6 年度介護報酬改定に伴う、通所リハビリテーションの利用料金の改正について及び重要事項説明書について下記事業者から説明を受け、その内容に同意します。

令和 年 月 日

事業者：社会医療法人社団 医善会

いずみ記念病院 通所リハビリテーション

東京都足立区本木 1-3-7

TEL 03 (5888) 2128

説明者： 阪本 浩一郎 印

利用者 住所

氏名： 印

家族代表 住所：

氏名： 印

