同 意 書

１　○○○○事業所において不測の事態が発生し、一時的に事業所を縮小、休業せざるを得ない状況となった際は、再開するまでの期間において、介護支援専門員等が調整を行った代替事業所からサービス提供を受けること

２　１の状況となった際には、サービス提供に支障が出ないことを目的として、○○○○事業所が代替事業所に対し、私の情報を提供すること

私は、上記について説明を受け、その内容について同意します。

年　　　　月　　　　日

利用者　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

代理人　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

家族の代表　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

説明者

○○○○事業所

管理者　○○○○