

# 誓約書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 飯能リハビリ館  
施設長 串田一博

介護老人保健施設 飯能リハビリ館の利用に関し、施設の利用規則を遵守し、下記の内容について誓約致します。  
また、施設利用に関わる費用について連帯保証人として署名、捺印し保証致します。

## 記

1. 介護老人保健施設 飯能リハビリ館（以下 当施設）がおこなう通所・入所・短期入所療養介護については利用者本人の同意の上で利用致します。
2. 当施設利用中、施設利用申込書の記載事項に変更があった時には、速やかにその旨を届け出致します。
3. 当施設を利用中は、当施設の規則に従い注意事項、指示事項を守ります。
4. 天災、事変その他不可効力及び火災、盗難、暴動、あるいは当施設内や本人の外出中の事故により本人が受けた損害・被害については、当施設の故意、又は重大な過失による場合を除いて一切の賠償責任は問いません。
5. 利用料、その他自己負担の費用は指定の期日までに支払います。また、故意による備品の破損・欠損、故障については責任をもって代金を保証致します。
6. 上記の他、施設運営規定で定められた事項に違反した場合や利用料金の2ヵ月以上の滞納又は、要介護認定において非該当となった場合、入所・短期入所療養介護・予防短期入所療養介護からの退所を命じられても異議は申しません。

以上

利用者氏名 \_\_\_\_\_ ④ 性別 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

=====  
連帯保証人氏名 \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

連帯保証人住所 \_\_\_\_\_

連帯保証人電話番号 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_