

# 医療連携体制同意書

この度、グループホーム『福平』におけるサービス利用にあたり、下記の医療連携体制に係る事項に関し、事業者より説明を受け承諾、同意します。

尚、常識的な看取り期介護が行われたことによって、万一発生した不可抗力の事態に対しては、意義は申し立てません。

## 記

1. 重度化した場合の対応に係る指針（別紙のとおり）
2. 医師や医療機関との連携体制（別紙のとおり）

平成 年 月 日

〔利用者〕 利用者の住所 \_\_\_\_\_  
利用者の氏名 \_\_\_\_\_ 印  
身元引受人の住所 \_\_\_\_\_  
身元引受人の氏名 \_\_\_\_\_ 印

当グループホームは、この同意書の定めるところにおいて、健康管理・医療連携体制を強化します。

〔事業者〕 事業者の住所 鹿児島市唐湊4丁目1番2号  
事業者の名称 有限会社 ライフサポート  
代表者の氏名 代表取締役 佃 望  
事業所の住所 鹿児島市下福元町7505番地  
事業所の名称 グループホーム「福平」  
責任者職氏名 管理者 富田 裕子 印