介護老人保健施設
サングリーンそえだ

施設介護サービス
利用契約書

介護老人保健施設入所

利用約款

（約款の目的）

第１条　介護老人保健施設サングリーンそえだ（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

（適用期間）

第２条　本約款は、利用者が介護老人保健施設入所利用同意書（以下単に「同意書」という。）を当施設に提出したのち、利用開始日以降から効力を有します。但し、利用者の身元引受人に変更があった場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。

（身元引受人）

第３条　利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

①　行為能力者（民法第２０条第１項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること

②　弁済をする資力を有すること

２　身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。

３　身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。

①　利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。

②　入所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができる。

４　身元引受人が第１項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第１項但書の場合はこの限りではありません。

５　身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

（利用者からの解除）

第４条　利用者は、当施設に対し、退所の意思表明をすることにより、本約款に基づく入所利用を解除することができます。

２　身元引受人も前項と同様に入所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

（当施設からの解除及び入院又は入所による終了）

第５条　当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく入所利用を解除することができます。

①　利用者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合

②　当施設において定期的に実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合

③　利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を

超えると判断された場合

④　利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を２か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず１５日間以内に支払われない場合

⑤　利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合

⑥　第３条第４項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。

⑦　天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

２　利用者が病院に入院又は他の施設に入所した場合、本約款に基づく入所利用は終了します。

（利用料金）

第６条　利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく介護保健施設サービスの対価として、重要事項説明書の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

２　当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月５日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の１５日までに支払うものとします。

３　当施設は、利用者又は身元引受人から、１項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

（記録）

第７条　当施設は、利用者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録をサービスの提供に係る保険給付支払の日から５年間保管します。（診療録については、５年間保管します。）

２　当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

３　当施設は、身元引受人が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

４　前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。

５　当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

（身体の拘束等）

第８条　当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

（秘密の保持及び個人情報の保護）

第９条　当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を別紙１のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

①　サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等

②　居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等との連携

③　利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

④　利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

⑤　生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

２　前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

（緊急時の対応）

第 10 条　当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

２　当施設は、利用者に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

３　前２項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

（事故発生時の対応）

第 11 条　サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

２　施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

３　前２項のほか、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

（要望又は苦情等の申出）

第 12 条　利用者、身元引受人又は利用者の親族は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

（賠償責任）

第 13 条　介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

２　利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

（利用契約に定めのない事項）

第 14 条　この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

重　要　事　項　説　明　書

１．施設の概要

（１）　施設の名称等

・施設名　　介護老人保健施設サングリーンそえだ
・開設年月日　　平成　元年　８月３０日
・所在地　　福岡県田川郡添田町大字庄 1134-1
・℡番号　　0947 - 82 - 0100　　Fax 番号 0947 - 82 - 3328
・管理者名　　樋口　和巳
・介護保険指定番号　　４０５５３８００５１

２．介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお手伝いなどの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、１日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、又、利用者の方が居宅での生活を１日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえで御利用ください。

（１）　施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行ないます。
（２）　家庭への復帰を目指します。
（３）　入所者の意志及び人格を尊重し常に入所者の立場に立って施設サービスを行ないます。
（４）　明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、地域の行政機関・医療機関・福祉施設と連携を密にした総合的な支援を行ないます。
（５）　日常生活の一環として生活リハビリに取り組みます。

３．職員の配置と定数　　（100 名）

職　　種	基　　準	施　　設
管理者	1	1
施設長		1
理学療法士・作業療法士	1	1
介護支援専門員	1	2
看護職員	入所３人に対して１人 （ 内７分の５介護　７分の２看護 ）	12
介護職員		23
栄養士（管理栄養士）	1	2
支援相談員 (生活困窮者に対する相談員含む)	1	2
調理員		6
事務員		4

４．施設療養とその他のサービス。

①施設サービス計画の作成
②要介護認定の申請援助
③機能訓練サービス
④日常生活上の介護サービス
⑤食事サービスと栄養改善
⑥医療サービス
⑦教養娯楽サービス

５．利用料

介護度	１日当りの利用料金	１日当りの自己負担金 (1割負担の場合)
要介護１	7,930円	793円
要介護２	8,430円	843円
要介護３	9,080円	908円
要介護４	9,610円	961円
要介護５	10,120円	1,012円

介護度	１日当りの利用料金	１日当りの自己負担金 (2割負担の場合)
要介護１	15,860円	1586円
要介護２	16,860円	1686円
要介護３	18,160円	1816円
要介護４	19,220円	1922円
要介護５	20,240円	2,024円

※　負担限度額と基準費用額（日額）

利用者 負担段階	１日あたりの居住費				１日当りの 食　費
	ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室	
第１段階				0円	300円
第２段階				430円	390円
第３段階①				430円	680円
第３段階②				430円	1,420円
基準費用額				437円	1,545円

※　居住費自己負担

個室部屋・２人部屋に関して多床室費＋下記の料金が加算されます。(希望者のみ)

□　個室部屋	１日　500円
□　２人部屋	１日　200円

※1日当たりの食費の内訳(朝食・昼食・夕食)

朝　食	４２５円
昼　食	５６０円
夕　食	５６０円

下記の該当するサービスを行った場合は、料金が加算されます。

加算名	金額	単位	備考
□安全管理体制未実施減算	5	日	
□栄養管理体制未実施減算	14	日	
□夜勤職員配置加算	24	日	
□短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	258	日	（入所後３ヶ月以内）
□短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	200	日	（入所後３ヶ月以内）
□認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240	日	（週３日まで算定）
□認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	120	日	（週３日まで算定）
□認知症ケア加算	76	日	
□若年性認知症利用者受入加算	120	日	
□外泊時費用①	362	日	
□外泊時費用②	800	日	
□ターミナルケア加算（死亡日以前31～45日）	72	日	
□ターミナルケア加算（死亡日以前4～30日）	160	日	
□ターミナルケア加算（死亡日前日及び前々日）	910	日	
□ターミナルケア加算　（死亡日）	1,900	日	
□在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51	日	
□在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51	日	
□初期加算（Ⅰ）	60	日	
□初期加算（Ⅱ）	30	日	
□退所時栄養情報連携加算	70	回	
□再入所時栄養連携加算	200	回	
□入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450	回	
□入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480	回	
□試行的退所時指導加算	400	回	
□退所時情報提供加算（Ⅰ）	500	回	
□退所時情報提供加算（Ⅱ）	250	回	
□入退所前連携加算（Ⅰ）	600	回	
□入退所前連携加算（Ⅱ）	400	回	
□訪問看護指示加算	300	回	
□協力医療機関連携加算(Ⅰ)	100	月	R6年までの料金
□協力医療機関連携加算(Ⅰ)	50	月	R7年からの料金
□協力医療機関連携加算(Ⅱ)	5	月	(Ⅰ)以外の場合
□栄養マネジメント強化加算	11	日	
□経口移行加算	28	日	
□経口維持加算(Ⅰ)	400	月	
□経口維持加算(Ⅱ)	100	月	
□口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90	月	
□口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	月	

加算名	金額	単位	備考
□療養食加算	6	回	1日3食で18単位
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	140	回	
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	70	回	
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240	回	
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100	回	
□緊急時治療管理	518	日	
□特定治療		回	医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数×10
□所定疾患施設療養費(Ⅰ)	239	日	
□所定疾患施設療養費(Ⅱ)	480	日	
□認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	日	
□認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	日	
□認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150	月	
□認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	月	
□認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	日	
□リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	53	月	
□リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	33	月	
□褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3	月	
□褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13	月	
□排せつ支援加算(Ⅰ)	10	月	
□排せつ支援加算(Ⅱ)	15	月	
□排せつ支援加算(Ⅲ)	20	月	
□自立支援促進加算	300	月	
□科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	月	
□科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60	月	
□安全対策体制加算	20	回	
□高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	月	
□高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5	月	
□新興感染症等施設療養費	240	日	
□生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100		
□生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10		
□サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22		
□サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18		
□サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6		
□介護職員処遇改善加算(Ⅰ)イ	請求単位数の100分の9.0%		
□介護職員処遇改善加算(Ⅰ)ロ	請求単位数の100分の9.7%		
□介護職員処遇改善加算(Ⅱ)イ	請求単位数の100分の8.6%		
□介護職員処遇改善加算(Ⅱ)ロ	請求単位数の100分の9.3%		
□介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	請求単位数の100分の6.9%		
□介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	請求単位数の100分の5.9%		

加算名	金額	単位	備考
□洗濯代	300	回	1ヶ月 3,000 円限度とする
□理美容代	1500	回	
□日常消耗品費	150	日	シャンプー・歯磨き洗顔・石鹸等
□教養娯楽費	120	日	趣味・レクリエーションに係る費用
□電気器具使用料	50	日	電気毛布・電気あんか等
□テレビリース料	120	日	電気使用料含む

※自己負担金合計　　円

※利用料

毎月の利用料は、利用者に対し毎月 5 日までに、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細請求書を作成し送付しますので、毎月１５日までにサングリーンそえだの窓口でお支払ください。

6．利用料の滞納

（1） 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を２ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず 15 日間以内に支払われない場合は、利用者に対して直ちに、若しくは 30 日間の予告期間をおいて、この契約を解除します。

（2） 契約終了後、退所までに利用者の生活に要した費用については、全額利用者負担とします。

7．保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出下さい。

8．当事業所の苦情や御相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情相談受付窓口	TEL　０９４７－８２－０１００
	FAX　０９４７－８２－３３２８
担当者	介護支援専門員　丸山　あゆみ　　渡邉　綾美
受付時間	毎週月曜日～土曜日　８：３０～１７：００

福岡県介護保険広域連合　田川桂川支部	TEL　０９４７－４９－１０９３
	FAX　０９４７－４９－１０９７
所在地	〒825-0016　田川市新町 18-7　田川自治会館内
受付時間	毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）８：３０～１７：００

福岡国民健康保険団体連合会	TEL ０９３－６４２－７８５９
	FAX ０９３－６４２－７８５６
受付時間	毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）８：３０～１７：００

市町村窓口	添田町	高齢者支援係	福岡県田川郡添田町大字添田 2151 TEL　０９４７－８２－１２３２ FAX　０９４７－８２－５５０８
	大任町	社会福祉係	福岡県田川郡大任町大字大行事 3067 TEL　０９４７－６３－３００４ FAX　０９４７－６３－３８１３
	川崎町	高齢者福祉係	福岡県田川郡川崎町大字田原 789-2 TEL　０９４７－７２－３０００ FAX　０９４７－７２－６４５３
	赤村	健康増進係	福岡県田川郡赤村大字内田 1188 番地 TEL　０９４７－６２－３０００ FAX　０９４７－６２－３００７
	田川市	高齢介護課	福岡県田川市中央町１－１ TEL　０９４７－８５－７１２９ FAX　０９４７－４２－０１２４
受付時間	毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）８：３０～１７：００		

9．協力病院

上野病院	所在地：	福岡県田川郡福智町大字上野 3420 番地
田川市立病院	所在地：	福岡県田川市糒 1700 番地の 2
丸の内歯科医院	所在地：	福岡県田川郡大任町今任原有次 3077

10．施設利用にあたっての留意点

・面会	午前８：３０分～午後７：００まで （状況により予約制になります）
・金銭、貴重品の管理	お小遣い程度、貴重品については自宅でお願いします。
・飲酒、喫煙	医師の治療の方針又は、療養の方針によります。
・設備器具の利用	許可の有るものについては利用できます。
・所持品の持ち込み	施設職員がお願いしたもの。
・宗教活動	基本的に出来ません。
・その他	施設職員の療養の指示に従うこと （本人及び他の利用者の生命に危険が及ぶ行為がある場合）

別紙１

個人情報の利用目的

介護老人保健施設サングリーンそえだでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

・当施設が利用者等に提供する介護サービス
・介護保険事務
・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
　－入退所等の管理
　－会計・経理
　－事故等の報告
　－当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
　－利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、 照会への回答
　－利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
　－検体検査業務の委託その他の業務委託
　－家族等への心身の状況説明
・介護保険事務のうち
　－保険事務の委託
　－審査支払機関へのレセプトの提出
　－審査支払機関又は保険者からの照会への回答
・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

・当施設の管理運営業務のうち
　－医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
　－当施設において行われる学生の実習への協力
　－当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

・当施設の管理運営業務のうち
　－外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設サングリーンそえだを入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用約款及び重要事項説明書・個人情報の利用目的を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

上記を証するため、本書２通を作成し、同意者、事業者が署名若しくは記名押印のうえ、各１通を保有するものとする。

令和　　年　　月　　日

＜ 利用者 ＞
住　　所
氏　　名　　印

＜ 利用者の身元引受人 ＞
住　　所
氏　　名　　印

介護老人保健施設サングリーンそえだ
施設長　崎山　亮　殿

【本約款第６条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏　　名	（続柄　　）
・住　　所	
・電話番号	

【本約款第１０条３項緊急時及び第１１条３項事故発生時の連絡先】

・氏　　名	（続柄　　）
・住　　所	
・電話番号	

※上記の契約を称するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名若しくは記名押印の上１通ずつ保有するものとします。

契約締結日　　令和　　年　　月　　日

利　用　者

＜ 住　　所 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 氏　　名 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

利用者の家族

（身元保証人）

＜ 住　　所 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 氏　　名 ＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　（続柄：　　）

事　業　者

＜ 住　　所 ＞福岡県田川郡添田町大字庄 1134-1

＜ 事 業 所 名 ＞介護老人保健施設サングリーンそえだ

＜ 代表者氏名 ＞ 施設長　崎　山　　亮　　㊞