

介護老人福祉施設重要事項説明書

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人下総会
所在地	千葉県成田市名木 192 番地
代表者氏名	理事長 富澤 誠
電話番号	0476-96-4165

2 施設概要

施設名	特別養護老人ホーム 名木の里
所在地	千葉県成田市名木 192 番地
施設長名	鈴木 宗次
電話番号	0476-96-4165
F A X 番号	0476-96-4166
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (千葉 1271600627 号)

定員	特別養護老人ホーム 90 名
	短期入所生活介護 10 名
ユニット	1 ユニット 10 名

	10 ユニット（内 1 ユニット短期入所専用）	
居室	ユニット型個室	100 名
医務室	2 か所	
共同生活室	10 か所	
キッチン	10 か所	
浴室	個別浴槽	3 か所
	リフト浴槽	8 か所
	特殊浴槽	1 か所

3 職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	合 計
管 理 者	1 名		常勤 1 名
医 師		2 名	非常勤 2 名
生活相談員	2 名		常勤 2 名
介護支援専門員	1 名		常勤 1 名
機能訓練指導員	1 名	2 名	常勤 1 名
理学・作業療法士			非常勤 2 名
管理栄養士	1 名		常勤 1 名

歯科衛生士	1名		常勤 1名
事務職員	2名	1名	常勤 2名 非常勤 1名
看護職員	3名以上		常勤 3名以上
介護職員	30名以上		常勤 30名以上
	<p>日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員を、夜間及び深夜については2ユニットごとに常時1人以上の介護職員等を介護に従事させるものとします。また、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置することとします。</p>		

感染対策責任者	鈴木 郁恵
安全対策責任者 虐待防止担当者	香取 美樹

4 施設サービスの概要と利用料金

(1) 介護保険の給付対象サービス

種 類	内 容
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立へ向け身体能力を最大限活用した援助を行います
食 事	栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮したものを提供します。 (食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
入 浴	年間を通じて週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽を用いての入浴も可能です。
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体残存機能の低下防止に努めます。
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います。
レクリエーション	入居者交流会、クラブ活動等の行事を週、月、年単位で随時行います。
通院外来	協力病医院等への通院外来の介助と入退院時の手配を行います。
生活環境整備	居室内の清掃整備等を状態、状況に応じて行います。 リネンの交換を定期あるいは必要に応じて行います。
栄養ケア管理	利用者の栄養状態や摂取状況に応じた個別の対応を重視し、栄養ケアマネジメントによって低栄養状態の予防、改善に努めます。
口腔衛生管理	歯科衛生士による口腔衛生等の管理、介護職員への具体的な技術的助言・指

	導を行います。
--	---------

※ 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急時やむを得ない場合を除き、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、介護衣（つなぎ）を着せる、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の身体拘束を行いません。尚、緊急時やむを得ない場合は、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、時間等の説明を行い、同意を得ます。

(2) 介護保険の給付対象外サービス

サービスの種別	内 容	料 金
居 住 費	安心して暮らすことのできる居住空間を確保できるようにつとめます。	利用者負担 限度毎の負 担限度額内
食 事 費	栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。	担限度額内
理 美 容	理美容店の出張による訪問理美容サービスをご利用いただけます。	実 費
事 務 代 行	事務所経費、記録の複写物にかかる実費相当の費用、行政手続きに要す実費相当費用、通帳管理代行費用。	3,000 円

	但し、施設に新たに入居された日又は委任を受けた日において当該月の管理に要する対価は1日=100円とする。	(月 額)
洗濯	衣類等の洗濯を行います。 繊維等の問題により色落ちや衣類が縮む恐れのあるものの洗濯はお断りしております。	無 料
医療費・日常生活品等の代金立替	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人購入希望の福祉用具費・個人購読希望の新聞代金 ・ 個人希望の嗜好品購入費・行事参加に要した費用 ・ 嘱託医師、協力病院等受診時の医療費 ・ 投薬費・個人希望による趣味的活動に要した実費費用 <p>その他入居者の希望等により購入した代金の費用を一時的に立替えます。</p>	実 費
電気料金	個人希望によりテレビ、ラジオ等の電化製品を持込した場合に係る電気料金。季節限定で使用する電気毛布、電気あんか等の冷暖房器具。但し外泊・入院時等居室を空けておく場合はその期間の負担はいたしません。	1 品目につき 1日 30円

個人選択により 利用される個人 用の日用品	・ティッシュペーパー	1箱	65円
	・歯磨き粉	1個	230円
	・歯ブラシ	1本	120円
	・入れ歯洗浄剤	1箱	600円
	・乾電池（単1）	1本	200円
	・乾電池（単2）	1本	180円
	・乾電池（単3）	1本	100円
	・乾電池（単4）	1本	100円
	・口腔ケアウェットティーク	1袋	700円
	・ポータブル消臭剤	1本	650円
	・口腔ケアスポンジ	1箱	700円
	・ワンタフト歯ブラシ	1本	200円
	・プロペト	1個	350円

物価の情勢により実勢金額については変動が生じることもあります、その折は請求書等でご連絡
致します。

5 当施設が提供するサービスと利用料金

※地域区分4級地のため、1単位が10.54円になります。

※1日あたりの自己負担額はあくまで目安の金額になりますのでご了承ください。

(1) 基本料金

	1日の介護報酬額 (円)	ご利用者様負担額 (1日/円) 1割負担	ご利用者様負担額 (1日/円) 2割負担	ご利用者様負担額 (1日/円) 3割負担
要介護度 1	7,061	706	1,412	2,118
要介護度 2	7,799	779	1,558	2,337
要介護度 3	8,590	859	1,718	2,577
要介護度 4	9,338	933	1,866	2,799
要介護度 5	10,065	1006	2,012	3,018

(2) 施設の体制によって加算される料金

①日常生活継続支援加算（Ⅱ）

次の 1)～3) のいずれかを満たす場合、且つ、入居者数に対して介護福祉士が一定割合以上（入所者 6 人に 1 人以上の介護福祉士配置）配置されている場合に加算されます。

- 1) 算定日の属する月の前 6 か月間又は前 12 か月間における新規入居者の総数のうち、要介護 4 又は 5 の占める割合が 70%以上である。
- 2) 算定日の属する月の前 6 か月間又は 12 か月間における新規入居者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 65%以上である。
- 3) たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が入居者の 15%以上である。

日常生活継続 支援加算（Ⅱ）	単位数 (1日)	ご利用者様 負担分（1割）	ご利用者様 負担分（2割）	ご利用者様 負担分（3割）

	46 単位	48 円	96 円	144 円
--	-------	------	------	-------

②夜勤職員配置加算（Ⅱ）□

夜勤を行う介護・看護職員の数が国の最低基準を 1 人以上上回っている場合に加算されます。

夜勤職員配置 加算（Ⅱ）□	単位数	ご利用者様	ご利用者様	ご利用者様
	（1 日）	負担分（1 割）	負担分（2 割）	負担分（3 割）
	18 単位	18 円	36 円	54 円

③看護体制加算（Ⅰ）□

常勤の看護師を 1 人以上配置している場合に加算されます。

看護体制加 算（Ⅰ）□	単位数	ご利用者様	ご利用者様	ご利用者様
	（1 日）	負担分（1 割）	負担分（2 割）	負担分（3 割）
	4 単位	4 円	8 円	12 円

④看護体制加算（Ⅱ）□

看護職員を常勤換算方式で入居者 25 名又はその端数を増すごとに 1 名以上配置し、国の最低基準を 1 人以上上回っており、看護職員との 24 時間の連絡体制を確保されている場合に
加算されます。

看護体制加 算（Ⅱ）□	単位数	ご利用者様	ご利用者様	ご利用者様
	（1 日）	負担分（1 割）	負担分（2 割）	負担分（3 割）

	8 単位	8 円	16 円	24 円
--	------	-----	------	------

⑤介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員の処遇全般を改善している事業者へ加算されます。

所定単位数に 8.3% を乗じた単位数を加算します。

（所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。）

⑥介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）

上記⑤の介護職員処遇改善加算を算定していて、職場環境要件について“資質の向上”、“労働環境・処遇の改善”、“その他”、のいずれか 1 つ以上に取り組んでいる事業者へ加算されます。

所定単位数に 2.7% を乗じた単位数を加算します。

（所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。）

⑦介護職員等ベースアップ支援加算

介護職員等のさらなる処遇改善を目指して事業所へ加算されます。

所定単位数に 1.6% を乗じた単位数を加算します。

（所定単位数は、基本サービス日に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。）

(3) 個別に加算される料金

①初期加算

施設に入居、又は 30 日を超える入院後に、再び施設に入居された場合、入居日から起算して 30 日の期間、初期加算料金が加算されます。(入院していた期間は除きます)

初期加算	単位数	ご利用者様	ご利用者様	ご利用者様
	(1 日)	負担分 (1 割)	負担分 (2 割)	負担分 (3 割)
	30 単位	31 円	62 円	93 円

②入院・外泊時加算

病院へ入院した場合及び居宅等における外泊をした場合は、上記の料金に代えて、下記の料金となります。但し、1 か月に 6 日（入院又は外泊の初日及び最終日は含みません）が限度となります。なお、月をまたぐ場合は最高 12 日となります。

外泊時費用	単位数	ご利用者様	ご利用者様	ご利用者様
	(1 日)	負担分 (1 割)	負担分 (2 割)	負担分 (3 割)
	246 単位	259 円	518 円	777 円

③個別機能訓練加算 (1)

機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、計画的に個別機能訓練を行った場合は加算さ

れます。

個別機能 訓練加算	単位数 (1日)	ご利用者様 負担分(1割)	ご利用者様 負担分(2割)	ご利用者様 負担分(3割)
	12単位	12円	24円	36円

④口腔衛生管理加算(Ⅰ)

次の1)と2)を満たす場合に加算されます。

- 1) 口腔衛生の管理体制を整備し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、
口腔衛生等の管理を月2回以上行っている。
- 2) 職員に対し具体的な技術的助言及び指導を行う、また、相談等に必要に応じ
対応している。

口腔衛生 管理加算 (Ⅰ)	単位数 (1月)	ご利用者様 負担分(1割)	ご利用者様 負担分(2割)	ご利用者様 負担分(3割)
	90単位	94円	188円	282円

口腔衛生管理加算(Ⅱ)

口腔衛生管理加算(Ⅰ)の要件に加え、入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施にあたって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定されます。

口腔衛生 管理加算 (II)	単位数 (1月)	ご利用者様 負担分(1割)	ご利用者様 負担分(2割)	ご利用者様 負担分(3割)
	110単位	115円	230円	345円

⑤療養食加算

医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合は1日につき3回を限度として加算されます。

療養食加算	単位数 (1回)	ご利用者様 負担分(1割)	ご利用者様 負担分(2割)	ご利用者様 負担分(3割)
	6単位	6円	12円	18円

⑥配置医師緊急時対応加算

配置医師が施設の求めに応じ早朝・夜間・深夜又は配置医師の通常の勤務時間外（早朝、夜間及び深夜を除く。）に入居者に対して診療を行い診療記録を残した際に加算されます。

配置医師緊急 時対応加算	単位数 (1回)	ご利用者様 負担分(1割)	ご利用者様 負担分(2割)	ご利用者様 負担分(3割)
	325単位	342円	684円	1,026円

早朝（6：00～8：00）・夜間（18：00～22：00）

配置医師緊急 時対応加算	単位数 (1回)	ご利用者様 負担分(1割)	ご利用者様 負担分(2割)	ご利用者様 負担分(3割)

	650 単位	685 円	1,370 円	2,055 円
--	--------	-------	---------	---------

深夜（22：00～6：00）

配置医師緊急 時対応加算	単位数 (1 回)	ご利用者様 負担分 (1 割)	ご利用者様 負担分 (2 割)	ご利用者様 負担分 (3 割)
	1,300 単位	1,370 円	2,740 円	4,110 円

⑦看取り介護加算

医師が終末期にあると判断した利用者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合は、死亡前 45 日を限度として、死亡月に加算されます。

	区分	単位数 (1 日)	ご利用者様 負担分 (1 割)	ご利用者様 負担分 (2 割)	ご利用者様 負担分 (3 割)
看取り介 護加算	死亡日	1,580 単位	1,665 円	3,330 円	4,995 円
	死亡日前日 死亡日前々日	780 単位	822 円	1,644 円	2,466 円
	死亡日以前 4 日～30 日	144 単位	152 円	304 円	456 円
	死亡日以前	72 単位	76 円	152 円	228 円

	31日～45日				
--	---------	--	--	--	--

※通常のご請求金額は【介護報酬の月額＝全単位数の合計×地域加算】で算出しますが、当該料金表においては、便宜上「日額」を表記しているために【介護サービス費・加算の日額＝1日の単位数×地域加算】としています。その為、最終的にご請求する合計金額（月額）に多少の差異が生じる場合がございますことをご了承ください。

(4) 介護保険給付対象外料金

①食事提供に関する費用（食材料費及び調理費）

入居者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担となります。

②居住に要する費用 室料及び水道光熱費（建物設備等の減価償却費等）

この施設及び設備をご利用され、居住するにあたり、室料及び水道光熱費（建物設備等の減価償却費等）を負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。

区分	R6.7月まで 居住費（1日）	R6.8月から 居住費（1日）	食費（1日）
利用者負担 第1段階	820円	880円	300円

利用者負担 第2段階	820円	880円	390円
利用者負担第3段階①	1,310円	1,370円	650円
利用者負担第3段階②	1,310円	1,370円	1,360円
利用者負担 第4段階	2,650円	2,650円	1,650円

注) 外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、利用者負担段階第1～3段階の方は6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金（通常料金・1日2,650円）が発生します。また第4段階の方はそのまま通常料金が発生します。

但し、緊急ショートステイによりその居室を使用することについて事前に同意を得ている場合は、その利用した期間に限り居室確保料は発生しません。

注) 欠食等があった場合も1日分を徴収致します。

6 利用料金の支払い方法（契約書第11条参照）

① 利用された月の翌月20日頃までに請求書を郵送します。施設利用料は毎月27日に預金口座振替です。指定された預金口座に入金をしておいて下さい。

② お支払いいただきますと、領収書を郵送します。領収書は大切に保管して下さい。

（高額医療費や高額介護サービス費の還付を申請するなどの際に使用することがあります。）

7 当施設のサービスの特徴

① 運営理念

- ・ご利用者様の立場を心から尊重し、考えながら行動します。
- ・ご家族様に安心と喜びを届けられるサービスを提供します。
- ・地域の皆様に愛され、地域と共に歩む施設を実現します。
- ・スタッフがプライドを持ち、協働できる職場を目指します。

上記の理念である4項目を行動し指針としてご利用者様の立場に合ったサービスが提供できるよう研磨に努めます。

② ユニットケア

いままでの生活に合わせた介護の提供と、ご利用者様それぞれの個性・意思を尊重するためユニットケアを行います。少人数の家族的な雰囲気の中ご利用者と職員が共により密接な信頼関係を築くよう支援いたします。

③ 当施設をご利用するにあたっての留意事項

(1) 面会時間・・・・・・・・・・午前 8：30 ～ 午後 5：30

(2) 外出・外泊・・・・・・・・・・原則として自由、但し届出が必要です。

※流行性の感染症がある場合には面会や外泊、外出、について制限をさせて頂く場合があります。

(3) 金銭・貴重品の管理・・・・・・・・自己責任を原則とします。

多額な現金及び貴重品の持ち込みは禁止します。

(4) 宗教活動・・・・・・・・・・原則として禁止します。

(5) 緊急連絡先の変更・・・・・・・・速やかに届出をお願いいたします。

8 業務継続計画の策定

- ① 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護老人福祉施設の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- ② 当事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- ③ 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

9 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととします。

10 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

当事業所は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくために、介護に直接関わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者についても認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。

11 非常災害対策

災害時は当施設の災害対策規定に基づいた対応をします。

防災設備	スプリンクラー設備 非常通報設備（消防署直通）
防災訓練	夜間訓練をはじめ、年 3 回以上実施します。
防火管理者	鈴木 宗次

1 2 サービス内容に関する相談・苦情窓口

① 当施設における苦情の受付

苦情受付担当・・・生活相談員 石井 光 高津征宏

苦情解決責任者・・・施設長 鈴木 宗次

電話 0476-96-4165

② 行政機関その他苦情受付機関

成田市役所福祉部介護保険課	〒286-8585 千葉県成田市花崎町 760 番地 電話 0476-20-1545（代表）
千葉県国民健康保険連合会介護保険課	〒286-8585 千葉県千葉市稲毛区天台 6 丁目 4-3 電話 043-254-7426（代表）
千葉県社会福祉協議会運営適正化委員会	〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港 4-3

1 3 高齢者虐待防止に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る

① 虐待防止のための指針の整備

② 虐待を防止するための定期的な研修の実施

③ 虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

1.4 協力医療機関・緊急時における対処方法

利用者の病状に急変が生じた場合は速やかに囑託医師に連絡をとり、指示を得て対処します。

その際、下記の協力医療機関へ外来受診する場合があります。

夜間・早朝・祝日等は症状に応じて近隣の第3次・第2次緊急指定病院に通院又は緊急搬送されることがあります。

医療機関名	住所
根本内科外科医院	〒289-0107 千葉県成田市猿山 1056 電話 0476-96-2829
つかだファミリークリニック	〒286-0036 千葉県成田市加良部 5丁目 7-2 電話 0476-26-4750
北総栄病院	〒270-1516 千葉県印旛郡栄町安食 2421 電話 0476-95-6811
千葉県立佐原病院	〒287-0003 千葉県香取市佐原イ 2285 電話 0478-54-1231
美浦中央病院	〒300-0412

	茨城県稲敷郡美浦村宮地 596 電話 029-885-3551
佐倉中央病院	〒285-0014 千葉県佐倉市栄町 2285 電話 043-486-1311
龍ヶ崎済生会病院	〒301-0854 茨城県龍ヶ崎市中里 1 丁目 1 番 電話 0297-63-7111
成田病院	〒286-0845 千葉県成田市押畑 896 番地 電話 0476-22-1500

※救急車を要請しての救急搬送時には、上記の協力病院以外への受診や入退院となる場合があります。

1 5 事故発生時の対応

- ①利用者に対する介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに嘱託医に連絡し、当該利用者の身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置（県高齢者福祉課及び成田市介護保険課への連絡等）を講じます。
- ②利用者に対する介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠

意をもって対応し、必要に応じて損害賠償を行います。

1.6 個人情報の取り扱い

① 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

② 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定更新、変更のため。
- (2) 利用者にかかる施設サービス契約、栄養ケア計画、その他の計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) 受診の際の医療機関等への連絡調整のため。
- (4) 利用者が、医療サービスを希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 行政からの要請などに応える場合。
- (6) その他のサービス提供で必要な場合。
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

③ 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して使用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス利用終了後においても第三者には漏らしません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

④ 入居者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、入居者に関する来訪や電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応しており、入居者のプライバシーに関わる個人情報につきましては、上記の条件に適用する場合を除き、外部に対し情報提供は致しません。入居者が施設を利用されているかどうかについても情報提供は行いません。面会の制限などについてのご希望がある場合はお申し出下さい。

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者	住 所			
	氏 名			⑩
	電 話			
	私（身元保証人）は、本人に代わり、上記署名を行いました。			
	私（身元保証人）は、本人の意思を確認しました。			
	続 柄		署名を代行した理由	
	住 所			
氏 名			⑩	

	電 話	
--	-----	--

介護老人福祉施設の施設サービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面にに基づき、重要な事項を説明しました。

事業者	当事業者は、指定介護老人施設として利用者の申込を受諾し、 この重要事項説明書に定める各種サービスについて誠実に責任を持って行います。		
	所在地	〒289-0111 千葉県成田市名木 192 番地	
	名称	社会福祉法人下総会	
	代表者名	理事長 富澤 誠	®
	電話	0476-96-4165	F A X

第 1 緊 急 連 絡 先

氏 名		続 柄	
住 所			
			

携帯電話	
------	--

第 2 緊 急 連 絡 先

氏 名		続 柄	
住 所			
			
携帯電話			

第 3 緊 急 連 絡 先

氏 名		続 柄	
住 所			
			
携帯電話			