

様式第2

入浴サービス利用承諾書（誓約書）

年 月 日

（あて先）一宮市福祉事務所長

申請者（保護者）

（住所）一宮市

（氏名）

Ⓜ

（本人自署または記名押印）

（電話番号）

— —

一宮市が実施する入浴サービスを受けた場合、これに伴う事故が発生しても、一切の異議は申しません。

また、入浴サービスを受ける際は、下記事項を堅く守ることを誓約いたします。

記

- 1 入浴の可否について、あらかじめ医師の確認をとります。
- 2 入浴サービスを受ける際は、必ず一名以上の介助者をつけ入浴に立ち会うとともに、介護にあたります。
- 3 入浴をすることにより、身体に悪影響をおよぼす恐れがある時は、即時中止されても異議は申しません。
- 4 その他、一宮市福祉事務所長又は委託事業者の指示に従います。