

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | | |
|-------|-----------------------|--|
| 施設名 | ヒューマンライフケア町田木曽ホスピスホーム | |
| 定員・室数 | 30人・30室 | |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|-----------------|-----------|
| 類 型 | 住宅型 |
| サ 付 登 録 の 有 無 | 無 |
| 居 住 の 権 利 形 態 | 利用権方式 |
| 利 用 料 の 支 払 方 式 | 月払い方式 |
| 入 居 時 の 要 件 | 混合型（自立除く） |
| 介 護 保 険 の 利 用 | 居宅サービス利用可 |
| 居 室 区 分 | 定員1人 |

1 事業主体

| | | | |
|-------------|--|--------------------|-----------|
| 名 称 | 法 人 等 の 種 别 | | 営利法人 |
| | フリカナ | ヒューマンライフケアカブシキガイシャ | |
| 名 称 | ヒューマンライフケア株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 160-0023 | 東京都新宿区西新宿7-5-25 | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | 03-6846-0223 | |
| | ファックス番号 | 03-6846-1217 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://human-lifecare.jp/ | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 濑戸口 信也 |
| 設立年月日 | 平成 22年 4月 1日 | | |
| 主な事業等 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護事業 ケアプラン作成（居宅介護支援） ホームヘルプサービス（訪問介護） デイサービス（通所介護） 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 グループホーム（認知症対応型共同生活介護） 介護付有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護） ホスピスホーム 訪問マッサージ ・シニアライフ事業（福祉用具貸与・販売ほか） デイサービスフランチャイズ ・介護教育事業 介護人材育成等 各種研修プログラム運営 外国人介護人材 教育サービス ・特定技能登録支援事業 | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------|-----|------------|-------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 4 | 阿佐ヶ谷の輪 | 杉並区阿佐ヶ谷南3丁目37番13号 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | 16 | 風鈴の湯 | 江戸川区中央3丁目23番7号 |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 3 | 江戸川の宿 | 東京都江戸川区江戸川5-23-83 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 8 | 江戸川グループホーム | 東京都江戸川区江戸川5-23-83 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) | 2 | 中村橋の宿 | 練馬区貫井5-10-14 |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | | | |
|---------------|---|---|---------------------|---|
| 名 称 | フリカナ 名 称 | ヒューマンライフケアマチダキソホスピスホーム ヒューマンライフケア町田木曽ホスピスホーム | | |
| 所 在 地 | 〒 194-0037 | 東京都町田市木曽西 4 丁目 12-15 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 ファックス番号 | 042-866-9747 042-861-1381 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | https://kaigo.human-lifecare.jp/facilities/hh002_MachidaKiso/summary.html | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 小松 夢子 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | | | | 令和7年10月1日 |
| 届 出 年 月 日 | | | | 令和7年1月16日 |
| 届出上の開設年月日 | | | | 令和7年10月1日 |
| 事業所へのアクセス | JR横浜線「古淵駅」徒歩25分 神奈中バス「木曽」下車 徒歩1分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 一 | 抵当権 | あり |
| | 面 積 | 2168.15 m ² | | |
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり |
| | 延床面積 | 924.44 m ² | うち有料老人ホーム分 | 883.63 m ² |
| | 竣工日 | 2025年8月8日 (予定) | | |
| | 階 数 | 地上 2 階 | 地下 0 階 | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 2 階 | 地下 0 階 | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 児童福祉施設等 |
| 賃貸借契約の概要 | 併設施設等 | あり | (訪問介護事業所・訪問看護事業所) | |
| | 建物 | 契約期間 | 令和7年8月9日 | ～ 令和37年8月8日 |
| | | 自動更新 | あり | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
| | 1階 | 1名 | 12 | 13.5 m ² ~ 14.3 m ² |
| | 2階 | 1名 | 18 | 13.5 m ² ~ 17.5 m ² |
| | | | | m ² ~ m ² |
| | | | | m ² ~ m ² |
| | | | | m ² ~ m ² |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
| | | | | m ² ~ m ² |
| | | | | m ² ~ m ² |
| 居 室 内 の 設 備 等 | 便 所 | なし | | |
| | 洗 面 | 全室あり | | |
| | 浴 室 | なし | | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | | |
| | 電話回線 | なし | () | |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | (設備各自) | |
| | | | | |
| 共 同 便 所 | 7 箇所 | (男女共用) | | |
| 共 同 浴 室 | 個浴 : 2 | 大浴槽 : 0 | 機械浴 : | 1 |
| | 併設施設との共用 | なし | () | |
| 食 堂 | 兼用 | あり | (機能訓練室) | |
| | 併設施設との共用 | なし | () | |
| その他の共用施設 | あり | (応接室、駐車場、駐輪場) | | |
| エ レ ベ ー タ ー | あり | 1 基 | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備 : あり | 火災通報装置 : あり | スプリンクラー : あり | |
| 緊 急 呼 出 装 置 | 居室 : あり | 便所 : あり | 浴室 : あり | 脱衣室 : あり |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|------|-----|--------------|-----|-----------|--------|----------------|--|--|
| 職種 | 実人數 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人數 | 兼務状況 等 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | |
| 管理者（施設長） | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | | | |
| 生活相談員 | | | | | | 0人 | | | | |
| 看護職員：直接雇用 | | 8 | | | | 8人 | 5.8 | 併設訪問看護事業所と兼務 | | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | | | |
| 介護職員：直接雇用 | | 10 | | | | 10人 | 5.0 | 併設訪問介護事業所と兼務 | | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | | | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | | | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | | | |
| 事務員 | | | | | | 0人 | | | | |
| その他従業者 | | | | | | 0人 | | | | |
| (2) 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 時間 | | | | |
| (3)-1 介護職員の資格 | | | | | | | | | | |
| 資格 | 延べ人數 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | |
| 介護福祉士 | | | 5 | | | | | | | |
| 実務者研修 | | | 2 | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | 3 | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | | | | | | |
| 資格なし | | | | | | | | | | |
| (3)-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | | | | | | |
| 資格 | 延べ人數 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | | | | | | |
| (3)-3 管理者（施設長）の資格 | | | | 介護福祉士 ヘルパー2級 | | | | | | |
| (4) 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | | 22時0分～ 6時0分 | | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | | | 介護職員 0人以上 | | 看護職員 1人以上 | | ※訪問看護事業所の職員を配置 | | |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） | | | | | | | | | | |
| 勤続年数 | 職種 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | | |
| 1年未満 | | 8 | | 10 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 8 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

4 サービスの内容

| 提供するサービス | |
|-----------------------------|--|
| 食事の提供サービス | あり (配食サービス) |
| 食事介助サービス | あり |
| 入浴介助サービス | あり |
| 排せつ介助サービス | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり |
| 相談対応サービス | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり |
| 服薬管理サービス | あり |
| 金銭管理サービス | なし |
| 定期的な安否確認の方法 | 食事や外出等の機会を利用して、毎日少なくとも1回の本人の安否確認を行う |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 施設サービスとしては実施無し。連携医療機関・訪問看護サービスとの連携により提供予定。 |
| 医療機関との連携・協力 | |
| 協力医療機関(1) | 名称 さんりつ在宅クリニック町田 所在地 東京都町田市原町田4丁目17-10 アンセスターズN-16階 協力の内容 訪問診療 他 |
| 協力医療機関(2) | 名称 町田クリニック 所在地 東京都町田市旭町3-1-15 旭町メディカルビル3階 協力の内容 訪問診療 他 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 五味デンタルクリニック 所在地 神奈川県相模原市中央区富士見6-5-7 三和富士見店2F 協力の内容 訪問歯科診療 検査等 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | あり |
| 運営懇談会の開催 | あり (年 1 回予定) |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | |
| 自費によるショートステイ事業 | なし |

| 入居に当たっての留意事項 | | |
|-------------------|--|--|
| | 年齢 | 概ね65歳以上の方 |
| 入居の条件 | 要介護度 | 原則、要介護認定を受けている方。 自立・要支援認定の方についてはご希望されるサービス内容や お客様の状態を確認させて頂いた上で、ご相談させていただきます。 |
| | 医療的ケア | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談 させていただきます。 |
| | 認知症 | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談 させていただきます。 |
| | その他 | 共同生活になりますので、他の入居者に迷惑のかかる行為等が ある場合、もしくは重篤な疾患をお持ちの入居者が多い施設の ため、感染症がある場合など、入居をご遠慮いただく場合があ ります。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 詳細は入居者契約を参照 | |
| 体験入居 | 利用期間 | なし |
| | 利用料金 | なし |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 不在時における利用料金の減額はなし | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>事業者は、「身体拘束廃止に関する指針」に則り、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。</p> <p>ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、緊急性・非代替性・一次性の3要件を満たすか身体拘束廃止委員会又は事業所会議を通して検討・確認を行います。</p> <p>検討内容について利用者・ご家族に対して説明した上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行います。</p> <p>その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行い、要件を満たさなくなった時点で身体拘束を解除致します。</p> <p>(1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。</p> <p>(2) 非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。</p> <p>(3) 一時性：利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。</p> | |
| 事業者からの契約解除 | <p>月払いの利用料その他本契約に定める支払いのいずれかを3か月以上遅滞したとき など</p> <p>詳細は入居者契約書第24条を参照</p> | |

| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
|-------------------------------|---|-------|----|
| 一時介護室への移動 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| その他の居室への移動 | あり | | |
| 判断基準・手続 | 身体状況等の変化によりナース・ヘルパーステーションから近い居室の方が良いと判断する場合がございます。その場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で判断します。 | | |
| 利用料金の変更 | なし | | |
| 前払金の調整 | なし | | |
| 従前居室との仕様の変更 | 基本的な仕様の変更はないが、多少間取りが異なる場合があります。 | | |
| 提携ホーム等への転居 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称1 | ヒューマンライフケア町田木曾ホスピスホーム | | |
| 電話番号 | 042-866-9747 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月・火・水・木・金) | | |
| 窓口の名称2 | ヒューマンライフケア株式会社 | | |
| 電話番号 | 03-6846-0223 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月・火・水・木・金) | | |
| 窓口の名称3 | 東京都福祉局高齢者施策推進部施設支援課有料老人ホーム担当 | | |
| 電話番号 | 03-5320-4296 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 16:30 (月・火・水・木・金) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：包括賠償責任保険 | | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 | あり | | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

| 介護度別・年齢別入居者数 | | 平均年齢 : | | 歳 | | 入居者数合計 : | | | | 0 人 |
|--------------|-----|--------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-----|
| 年齢 | 介護度 | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | |
| 65歳未満 | | | | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

| 入居継続期間別入居者数 | | | | | | | |
|-------------|------|----------|----------|-----------|------------|-------|----|
| 入居期間 | 6月末満 | 6月以上1年末満 | 1年以上5年末満 | 5年以上10年末満 | 10年以上15年末満 | 15年以上 | 合計 |
| 入居者数 | | | | | | | 0 |

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 男女別入居者数 | 男性 : 人 | 女性 : 人 |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | 0 % (定員に対する入居者数) |

| 直近1年間に退去した者の人数と理由 | | | |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 理由 | 人数 | 理由 | 人数 |
| 自宅・家族同居 | | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | | 医療機関への入院 | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | | その他 | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | 退去者数合計 | 0 |

6 利用料金

| 入居準備費用 | なし | 円 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|--|--|--|
| 明内 細訳 | | | | | | | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | | | | | | | | | | | | |
| 解約時の返還 | | | | | | | | | | | | |
| 敷金 | なし | | | | | | | | | | | |
| 金額 | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。 | | | | | | | | | | | |
| 家賃及びサービスの対価 | | | | | | | | | | | | |
| プランの名称 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) | | | | | | | | | |
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | | | | | |
| 指定難病 | 0円 | 126,900円 | 55,000 | 23,000 | 12,000 | 36,900 | 管理費に含む | | | | | |
| ガン末期 | 0円 | 156,900円 | 55,000 | 23,000 | 42,000 | 36,900 | 管理費に含む | | | | | |
| 一般 | 0円 | 123,600円 | 53,700 | 23,000 | 10,000 | 36,900 | 管理費に含む | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 前払金 | 前払い金なし | | | | | | | | | | | |
| | (月額単価の説明) | | | | | | | | | | | |
| 各料 金の内 訳 ・ 明 細 | (想定居住期間の説明) | | | | | | | | | | | |
| | 家賃 | 総家賃から駐車場、その他事業の面積按分を行い、有料老人ホーム分家賃を算出①。①／30名にて、入居者一人分の家賃を算出 | | | | | | | | | | |
| | 管理費 | 水光熱費：10000円 管理費：13,000円 (管理部門の人事費、運営諸経費、施設等の維持管理費等) | | | | | | | | | | |
| | 介護費用 | 基本サービス費（日常生活内の見守り、巡回・ナースコール対応（付随した要望への対応）・ 食事の配膳下膳等）として 指定難病の方：12,000円 ガン末期の方：42,000円 一般の方：10,000円 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 344 円・昼食 443 円・夕食 443 円 間食 円 1日当たり 1,230 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 検討中 | | | | | | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む | | | | | | | | | | |

| 前払金の取扱い | |
|--|---|
| 支払日・支払方法 | |
| 償却開始日 | |
| 返還対象としない額 | なし 位置づけ |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | |
| 短期解約（死亡、退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：3か月 起算日：入居した日 |
| 返還期限 | 契約終了日から 日以内 |
| 保全措置 | 保全先： |
| その他留意事項 | |
| 月額利用料の取扱い | |
| 支払日・支払方法 | 翌月分を毎月 27 日まで 指定口座への振込 口座自動振替 持参方式 のいずれか |
| その他留意事項 | 入居初月に限り、入居日いかんによっては当月分、翌月分をあわせてお支払いいただきます |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり） |
| 料金改定の手続 | |
| 目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。 | |

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

| プランの名称 | 指定難病 | | |
|--------|------|-----|---------|
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| - | - | - | 123,000 |

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前情報開示

| | | | |
|----------|----------|---------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 | その他開示情報 | なし |

添付書類： 介護サービス等の一覧表
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| | |
|---|---|
| <p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p>年　月　日</p> <p>署名</p> | <p>説明年月日</p> <p>年　月　日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職</p> <p>署名</p> |
|---|---|