

『ケアボランティア』同意書

私は、『ケアボランティア』に関する説明を

_____の_____より受け、

十分に内容を了解した上で『ケアボランティア』施行に同意いたします。

平成 年 月 日

住所：_____

氏名：_____

電話番号：(自宅) _____

(携帯) _____

医療法人社団双和会
志津クリニック
介護老人保健施設エクセレントケア志津