

# 居宅療養管理指導（介護保険）

私は、別紙書面により、居宅療養管理指導の必要性およびその費用等についての説明を受け、  
なないろクリニックからの居宅療養管理指導を受けることに同意します。

令和      年      月      日

お名前 \_\_\_\_\_ 印

ご住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代筆の場合代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

なないろクリニック

[Tel:0742-52-0716](tel:0742-52-0716)