承諾書

　　年　　月　　日

法人名

事業所名

代表者職氏名

記

貴指定療養通所介護事業所からご依頼のありました、緊急時対応医療機関として、貴事業所の求めに応じて緊急対応いたします。その場合は、当該利用者の主治医並び貴事業所に診察等の情報を提供いたします。

また、利用者個々の心身の状況やその環境等を勘案して、不測の事態にあっても十分な対応ができるよう、あらかじめ個別に具体的な対応策を事業所と共に検討し、利用者ごとに定めます。

医療機関住所

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印