

合 意 書

甲の平成 年 月 日よりの要介護（要支援）認定の更新にあたり、要介護状態を確認したうえで、乙との契約更新の意思を確認し、本契約と同一内容での更新の意思について確認し、合意いたします。

平成 年 月 日

（甲・サービス利用者）

住 所

お名前

印

電 話

F A X

（署名代行者）

住 所

お名前

印

電 話

F A X

職 業

署名代行の理由

（乙・居宅介護支援事業者）

担当介護支援専門員（ケアマネジャー）

事業者

印

住 所

法人名

代表者

電 話

F A X