

## 通所介護サービス重要事項説明書

### 1. 事業所の概要

#### (1) 指定通所介護事業所の概要

事業所名	友愛ひだまりサロン
介護保険事業所番号	2776502177
開設者	アビリティーズ・ケアネット株式会社 代表取締役 伊東 弘泰
法人設立年月日	1966年6月11日
本社所在地	東京都渋谷区代々木四丁目30番3号新宿ミッドウエストビル
管理者名	土師 安儀
所在地	大阪府堺市北区南花田町365番地の1
電話番号	072-255-5511
FAX 番号	072-251-3737
利用定員	45名（含む第一号通所事業）
訓練室兼食堂	142.84 m <sup>2</sup>
静養室	12.31 m <sup>2</sup>
相談室	8.67 m <sup>2</sup>
浴 室	リフト浴 1 台 一般介助浴槽 1 台

#### (2) サービスを提供する地域（通常実施地域）

堺市・松原市
--------

#### (3) 営業日およびサービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日・祝日（ただし、12月30日～1月3日までを除く。）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	10時00分～16時30分

#### (1) 従業員数（サービス従事者）

職種（員数）	職務内容
管理者 (1名)	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、利用申し込みに関わる調整、及び従業者の事業に関する法令等の規定を遵守させるために必要な管理指導を行う。
生活相談員 (2名以上)	ご利用者及びご家族等からの相談に応じ、通所介護計画・介護予防通所介護計画の原案作成の補助、従業者に対する技術指導、関係機関との連絡調整等を行う。
介護職員 (7名以上)	ご利用者の心身の状況等を的確に把握し入浴、食事等の介助及び援助その他、サービス提供上必要な業務の提供にあたる。
看護職員 (2名以上)	ご利用者の心身の状況等を的確に把握し、健康管理その他、サービス提供上必要な業務の提供にあたる。
機能訓練指導員 (2名以上)	日常生活を営む上に必要な、機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

### 2. 通所介護サービスの目的と運営方針

#### (目的)

通所介護事業所友愛ひだまりサロン（以下「当事業所」といいます。）は、介護保険法令の趣旨および「通所介護サービス契約書」ならびに「通所介護サービス重要事項説明書」に従い、ご利用者に対して可能な限りその居宅において、ご利用者の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持ならびにご利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とし通所介護サービス（以下「本サービス」といいます。）の提供に努めます。

#### (運営方針)

- (1) 本サービスの実施にあたっては、ご利用者の意思および人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。
- (2) サービス従事者は、ご利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の心身の状況・希望およびそのおかれている環境を踏まえた適切なサービスを提供します。
- (3) 本サービスの実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する方々との連携に努めます。
- (4) 従業者の資質向上のため、採用時研修ならびに年間の研修計画を策定し、高齢者の尊厳の保持、感染症対策、認知症ケアに関する知識および理解、事業に係わる知識等についての研修を実施します。

### 3. サービス提供内容

#### (1) 提供できるサービスの内容

通常規模型通所介護	
食 事	午前 12 時～午後 1 時までの間。自家調理にて提供します。
入 浴	ご希望に応じて入浴サービスを提供いたします。ただし、希望者が多数の場合には、ご希望に添えない場合があります。
介 護	移動介助・排泄介助・身体清潔への介助等を提供いたします。
通 所 介 護 サ ー ビ ス	趣味やレクリエーション活動を楽しんでいただき、心身機能の回復維持に努める生活プログラムを提供します。
個別機能訓練	個別に機能訓練計画を作成し、機能訓練指導員等による計画的なリハビリや訓練を提供します。
健 康 管 理	日々の血圧、体温等の確認をします。
生 活 相 談	ご利用者、ご家族の日常生活における介護等に関する相談をお受けいたします。
送 迎	送迎をご希望の方には、送迎車による送迎を行います。(事情により玄関までの送迎が困難な場合もありますので、事前に相談させていただきます)

- (2) 本サービスの提供にあたっては、ご利用者の要支援・要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう適切にサービスを提供します。
- (3) 本サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでもサービス従事者にご遠慮なく質問してください。
- (4) 本サービス提供にあたっては、別紙「通所介護計画書」にもとづき、ご利用者の生活全般にわたる援助を行うよう適切に実施いたします。

### 4. サービス利用料金

別紙料金表をご参照ください。

### 5. サービス利用料金のご請求等について

- (1) サービス利用料金は、別紙料金表にもとづき 1 ヶ月の利用回数の合計を計算し、更にご利用者負担額を併せて、毎月 15 日までに請求書を送付いたします。
- (2) サービス利用料金は、原則としてご利用者の金融機関口座から口座振替にてお支払いいただきます。それ以外のお支払方法については、個別にご相談させていただきます。
- (3) 口座振替については、毎月 27 日に前月分のご利用者負担額を引き落としさせていただきますので、予めご了承ください。お支払を受けたときに、領収証の発行をいたします。
- (4) 支払期日においてサービス利用料金のお支払いがなされなかった場合、支払期日の翌日から支払完了の日数に応じて年率 14.6% の割合で計算した遅延利息を合わせて請求することがありますので、あらかじめご了承ください。
- (5) 万一、サービス利用料金のご請求にもかかわらず、お支払が 2 ヶ月以上遅延し、催告をした

にもかかわらず、その日から14日以内にその支払がなかった場合、契約を解除させて頂く場合がありますので、あらかじめご了承ください。

## 6. その他のサービスご利用上の注意点

- (1) ご利用者は、いつでもサービス内容の変更を申出ることができます。その場合、当事業所は、本サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申出に応じます。
- (2) 契約期間中に一時入院・入所された場合、本サービスについては、介護保険からの給付が受けられないため、本契約は終了します。
- (3) 施設内の備品や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (4) 当施設内は禁煙です。喫煙はご遠慮ください。
- (5) 他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (6) 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- (7) 施設内での他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- (8) 本契約期間は、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。当事業所は契約期間満了日の1週間前までにご利用者から当事業所に対して、文書による契約終了の申し出がない場合には、契約期間満了日の翌日から次の要介護認定の有効期間満了日までの期間を契約期間として契約を自動的に更新します。
- (9) 機器を使用する訓練をご希望される場合には、下記に該当される方は、当事業所へお申し出ください。ご利用をお断りする場合があります。また、ご利用前に必ず主治医等にご相談ください。

・医師からマッサージを禁じられている人（例：血栓（塞栓）症・重度の動脈りゅう（瘤）・急性静脈りゅう（瘤）・各種皮膚炎および皮膚感染症〔皮下組織の炎症を含む〕・急性腰痛・椎間板ヘルニア・腰椎すべり症・脊椎間狭窄症・変形性腰椎症・おしり周りの急性炎症・急性臀部痛・梨状筋症候群・坐骨神経痛など

・自分で意思表示ができない人、または操作できない人  
・ペースメーカーなどの電磁障害の影響を受けやすい体内植込み型医用電気機器を使用している人

・悪性しゅよう（腫瘍）のある人  
・骨盤周りやおしり・太ももに重度の血行障害のある人  
・心臓に障害のある人  
・妊娠中や生理中、出産直後の人  
・糖尿病など高度な末しょう（梢）循環障害による知覚障害のある人  
・骨粗しょう（鬆）症の人、せきつい（脊椎）を骨折している人、ねんざ（捻挫）、肉離れなどの急性とう（疼）痛性疾患の人  
・施療部位に創傷のある人  
・体温 38℃以上（有熱期）の人（例：急性炎症症状〔けん怠感・悪寒・血圧変動など〕の強い時期、衰弱しているとき）

・安静を必要とする人や著しく体調のすぐれないとき  
・変形性股関節症など股関節の悪い人  
・上記以外に身体に特に異常を感じているとき

## 7. キャンセル料

ご利用者の都合でサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

ご利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前日午後5時から当日午前9時までにご連絡いただいた場合	食材費700円

## 8. 高齢者虐待の防止について

当社は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき指針を整備し、ご利用者に対するサービス従事者の高齢者虐待を防止するため各事業所の管理者を責任者とした委員会を設置し、サービス従事者に対する研修計画の策定、研修の実施及び虐待又は虐待が疑われる事案についての対応方法等の指導を行います。

また、事業所での委員会実施状況ならびに、当社として対応が必要な事項の報告を求め定期的に確認します。

## 9. 身体拘束について

当事業所は、当該ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

## 10. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所の介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又はその家族の同意を得るものとする。
- (2) 利用者またはその家族の個人情報については、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容に明記します。
- (3) 個人情報は、当社個人情報保護方針にもとづき、適切に管理・保管いたします。

## 11. ハラスメントの防止について

### (1) 当社の基本的方針

当社は「男女雇用機会均等法」ならびに「労働施策総合推進法」に基づき、誰であっても誰からも「ハラスメント」を受けることがない職場環境の実現を目指しています。

### (2) ハラスメントの意味

介護サービスの提供・利用の場面で①暴力、暴言または著しく不当な要求その他相手方に著しく迷惑をかける言動、または②相手方に不快感を与える性的な言動（セクシャルハラスメント）を意味します。

### (3) サービス従事者に対する教育及び指導

当社は、サービス従事者に対してご利用者又はその家族に対して「ハラスメント」を行うことがないよう、研修及び指導を行っています。

### (4) 苦情または相談

サービス従事者から「ハラスメント」を受けた場合は、相談・苦情窓口にお申し出ください。相談・苦情窓口担当者が速やかに対応します。

### (5) 利用者又はその家族による「ハラスメント」の禁止

サービス提供に困難をきたす当社サービス従事者に対する「ハラスメント」は行わないでください。具体的に、暴力または暴言その他の迷惑行為や不快感を与える性的な言動を指します。

### (6) サービス提供に係る契約が終了する場合の措置

①当社は、次に掲げるいずれかの場合には、本契約を解除することができます。

- ・ご利用者又はその家族が当社サービス従事者の心身に危害を及ぼしまたは及ぼす恐れのある行為を行った場合であって、当該行為の再発を防止することが著しく困難である等、当該ご利用者に対してサービス提供することが著しく困難になったとき。

- ・ご利用者又はその家族が上記（5）にある言動をした場合であって、サービス従事者の安全の確保が困難である等当該利用者に対してサービス提供をすることが著しく困難なとき。

②上記①の理由により契約が終了する場合には、当社はご利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡す

る等、必要な措置を速やかに講じます。

## 1.2. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所およびサービス従事者は、本サービスの実施により事故が発生した場合は、市区町村、ご利用者の家族、主治医、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故発生時の連絡先は、事業所への通報は、上記1.(1) 指定通所介護事業所の概要の連絡先にご連絡ください。
- (3) 当事業所は、本サービスの実施により当事業所の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

## 1.3. 業務継続計画の策定等について

- (1) 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する本サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、サービス従事者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 1.4. 衛生管理等について

当事業所は、当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 当事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、サービス従事者に周知徹底を図る。
- (2) 当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- (3) 当事業所において、サービス従事者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

## 1.5. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所では、第三者評価実施の実績はありません。

## 1.6. 緊急連絡先

当事業所およびサービス従事者は、本サービス提供中に、ご利用者に病状の急変等緊急事態が発生した場合、直ちに主治の医師およびご利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

ご利用者の家族等	氏名		電話	
ご利用者の家族等	氏名		電話	
医療機関・主治医	氏名		電話	

### 17. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
避難訓練および防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。
消防計画など	消防署への届出日： 2019 年 8 月 23 日
防火管理者	増田 律子

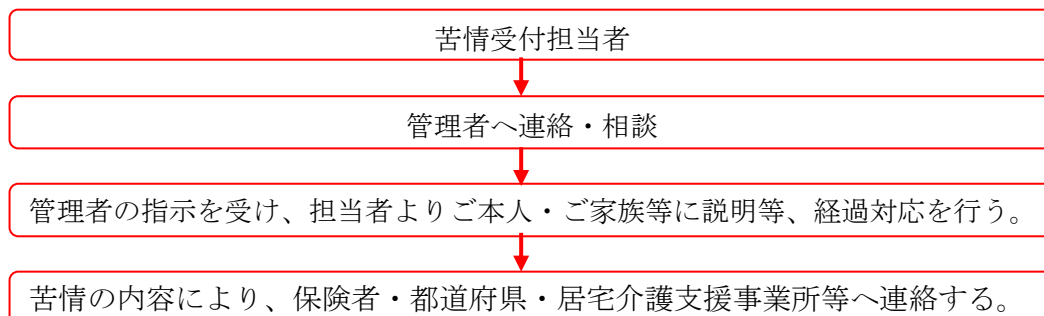
### 18. 苦情処理の体制及び手順

当事業所およびサービス従事者は、本サービスの実施について苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行ない、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行ない、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）

### 19. サービスに関する相談・苦情受付窓口

- (1) 事業所お問い合わせ先 管理者 土師 安儀 電話番号 072-255-5511
- (2) 当社「お客様相談室」 フリーダイヤル 0120-875-910

#### 【苦情処理の体制】



(3) 市区町村にも相談・苦情受付窓口等があります。

<p>[公共団体の窓口]</p> <p>大阪府国民健康保険団体連合会</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 大阪府中央区常盤1丁目3番8号</p> <p>電話番号 06-6949-5418</p> <p>FAX 06-6949-5417</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市長寿社会部介護保険課</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市堺区南瓦町3-1</p> <p>電話番号 072-228-7513</p> <p>FAX 072-228-7853</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>松原市高齢介護課</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 松原市阿保1-1-1</p> <p>電話番号 072-337-3131</p> <p>FAX 072-337-3113</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市北区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市北区新金岡町5-1-4</p> <p>電話番号 072-258-6771</p> <p>FAX 072-258-6836</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市堺区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市堺区南瓦町3-1(本館2階)</p> <p>電話番号 072-228-7520</p> <p>FAX 072-228-7870</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市中区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市中区深井沢町2470-7</p> <p>電話番号 072-270-8195</p> <p>FAX 072-270-8103</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市東区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市東区日置荘原寺町195-1</p> <p>電話番号 072-287-8112</p> <p>FAX 072-287-8117</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市西区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市西区鳳東町6-600</p> <p>電話番号 072-275-1912</p> <p>FAX 072-275-1919</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市南区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市南区桃山台1-1-1</p> <p>電話番号 072-290-1812</p> <p>FAX 072-290-1818</p>
<p>[保険者の窓口]</p> <p>堺市美原区役所地域福祉課介護保険係</p> <p>受付時間 平日の午前9時～午後5時</p>	<p>所在地 堺市美原区黒山167-1</p> <p>電話番号 072-363-9316</p> <p>FAX 072-362-0767</p>
<p>[その他の窓口]</p>	<p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>FAX</p>

## アビリティーズ・ケアネット株式会社 個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項

平素より、アビリティーズ・ケアネット株式会社（以下「当社」といいます。）をご愛顧いただきまして誠にありがとうございます。当社は、各種売買・契約等（以下「取引」といいます。）のお申し込みの際又は取引の継続中に、「個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項」（以下「同意条項」といいます。）第1条に規定した利用目的の範囲内でご申告いただいた、お客様またはお客様のご家族（以下「お客様」といいます。）の個人情報を業務の遂行上必要な限りにおいて利用いたします。当社は、個人情報につき以下に定める同意条項にもとづき取扱いするものとし、お客様が同意条項を承認されることによりお客様との取引を行います。

### 第1条 個人情報の取得・保有・利用目的

当社は、お客様との取引につき安全かつ確実に遂行し、より良いサービスを提供させていただくため、適法・公正な手段により必要な範囲内でお客様に関する個人情報を次の目的のために取得・保有させていただいております。なお、当社は、取得・保有した個人情報につき取引の継続中および取引終了後も適切な保護措置を講じます。

#### （１） 福祉用具貸与事業・機器販売事業における利用目的

商品の選定および機能の保持にかかわる心身の状況ならびに生活環境の把握、納品・設置、回収、関連するメンテナンスまたはモニタリングの実施等

#### （２） 住宅改修事業における利用目的

心身の状況ならびに生活環境の把握、納品・設置、関連するメンテナンス等

#### （３） 居宅介護支援事業・通所介護事業・訪問介護事業・認知症対応型共同生活介護事業・特定施設入居者生活介護事業・有料老人ホームおよび高齢者住宅・ショートステイ・託児施設・高齢者、障害者ならびに療養者についての療養、介護および自立生活を支援するプログラムの提供、高齢者ならびに障害者の住宅施設の賃貸借に関する業務における利用目的適切なサービス提供にかかわる心身の状況ならびに生活環境の把握等

#### （４） 当社が主体となる教養講座・会員制度およびイベントへの加入における利用目的

#### （５） 上記（１）ないし（４）共通の利用目的

緊急を要する場合のお客様へのご連絡および代金の収納等

（注）上記に記載の事業には、介護保険法上に規定されている事業を含みます。

### 第2条 個人情報の営業活動のための利用

当社は、取得した個人情報を次の目的のために利用することがあります。

#### （１） 当社の営業活動の一環として印刷物・宣伝物等を送付するために利用する場合

#### （２） 当社の新商品開発、マーケティング活動等に利用する場合

（注）お客様は上記（１）ないし（２）の中止の申し出ができます。ただし、当社が送付する請求書等に記載される営業案内およびその同封物についてはこの限りではありません。

### 第3条 個人情報の第三者提供

当社は次の場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供することはありません。

#### （１） サービス担当者会議等で必要に応じて開示する場合

#### （２） 利用目的の達成に必要な範囲内において業務委託先に提供する場合

なお、この場合、当該委託先につき厳正な調査を行った上、秘密保持のため適正な監査を行います。

#### （３） 当社が当社関連「特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会」との間で個人情報を共同利用する場合

なお、特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会は、お客様に対し、各種情報の提供、サービスプログラムの提供、セミナー・講演・研修・講習の案内、アビリティーズ協会報の送付等を行います。

共同して利用される個人データの項目は、氏名、住所、電話番号、ファックス番号、Eメールアドレスに限定いたします。

#### （４） 法令により必要と判断される場合

#### （５） お客様または公共の利益のために必要と判断される場合

#### （６） その他正当な理由がある場合

(注) お客様は、上記(3)の中止の申し出ができます。

#### 第4条 お客様からの開示、訂正のご請求

お客様からご本人に関する情報の開示のご請求があった場合は、請求者がご本人であることをご確認させていただいた上で、特別の理由がない限り対応させていただきます。また、お客様に関する情報が誤まっていたり、不正確な場合で、お客様が情報を変更された場合は、正確なものに変更させていただきます。

#### 第5条 Web サイトにおける個人情報等の取扱いについて

##### (1) クッキー (Cookie) 注1、Web ビーコン注2およびIPアドレス注3の利用について

当社は、当社が運営するWebサイト(以下、当社サイトといいます)において、クッキー (Cookie)、Web ビーコンおよびIPアドレスを次の目的で 사용할 ことがあります。

- ① サーバーで発生した障害や問題の原因を突き止め解決するため
- ② Web サイトや電子メール等の内容を改良するため
- ③ Web サイトや電子メール等の内容を個々の利用者向けにカスタマイズするため
- ④ あらかじめ個人情報を登録していただく会員制サービスにおいて、ご本人の閲覧履歴やアンケート結果などをマーケティング活動に利用させていただくため
- ⑤ 個人を特定できない状態で統計資料として利用するため

ご本人は、インターネット閲覧ソフト(以下、ブラウザといいます)の設定でクッキーの受取りを拒否することにより、当社によるクッキーおよびWeb ビーコンの利用を拒否することができます。

ただし、その場合には、カスタマイズ機能等一部の機能が使用できないなどの制約が生じる場合があります。

##### (2) Google アナリティクスの利用について

当社は、当社サイトにおいて、その利用状況を把握するために、Google アナリティクスを利用することがあります。Google アナリティクスは、ファーストパーティクッキーを利用して、当社サイトへのアクセス情報を個人の特定することなく収集します。アクセス情報の収集方法および利用方法については、Google アナリティクスサービス利用規約およびGoogle プライバシーポリシーによって定められています。

##### (3) SSL (Secure Sockets Layer) について

当社は、当社サイトを通じてご本人から個人情報をご提供いただく際は、通信途上における第三者の盗聴等を防止するため、SSL (Secure Sockets Layer) による暗号化またはこれに準ずるセキュリティ技術を使用します。

ただし、ご本人のコンピューター環境により、まれにこれらの技術をご利用いただけない場合がございます。その場合には、通信途上における安全性が確保できない旨の表示をいたします。

#### 第6条 同意条項に不同意の場合

当社は、お客様が同意条項の内容の全部または一部に同意されない場合、取引を承諾しないことがあります。ただし、第2条ならびに第3条(3)に同意されない場合でも、これを理由に当社が取引を承諾しないことはありません。

#### 第7条 お問い合わせについて

個人情報についてのお問合せは、次の「お問合せ窓口」までご連絡下さい。ご本人であることを確認させていただいた上で、可能な範囲内で速やかに対応させていただきます。

「お問合せ窓口」	個人情報相談窓口
「Eメールアドレス」	aci-privacy@abilities.jp
「電話番号」	03-5388-7530
「受付時間」	9:00~17:00(土、日、祝日、年末年始を除く)

アビリティーズ・ケアネット株式会社

2022年4月1日改訂

【当事業所記入欄】

本サービス実施にあたり、ご利用者またはその家族に対して、本書面にもとづいて重要な事項ならびに個人情報の取り扱いに関し、ご利用者又はその家族に本書面ならびに個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項を交付し説明致しました。

(事業所名) 友愛ひだまりサロン

(所在地) 堺市北区南花田町 3 6 5 番地の 1

年 月 日

説明担当者 氏名 印

【ご利用者記入欄】

私は本書面により、通所介護事業所友愛ひだまりサロンから 本サービスについての重要事項ならびに個人情報の取り扱いに関し、通所介護事業所友愛ひだまりサロンより本書面ならびに個人情報の取得・保有・利用・提供に関する同意条項を受領し説明を受け同意しました。

(ご利用者)

住所

名前 印

\*代筆者名 ( )

(続柄: )

年 月 日

(ご利用者の家族)

住所

名前 印

(続柄: )

(代理人)

住所

名前 印

※ ご利用者、ご利用者の家族が、成年後見人制度等を利用する場合は、代理人欄にご記入下さい