

□外泊・□外出 願

鹿野学園 施設長 様

【確認事項】

- この届け用紙を鹿野学園までFAXまたは郵送してください。電話連絡の場合、当日提出してください。食事のキャンセルは、外泊、外出の2週間前まで。2週間前が土日祝日の場合はその前日。それ以降は食事のキャンセルは出来ませんのでご了承ください。
- 帰園後に抗原検査を行い、陽性であった場合は更に5日間の帰省をお願いします。
- 外泊・外出中の事故等、全てのことについては責任を持ち、異議は申しません。

<利用者氏名>

<付添者氏名>

確認しました

【付添者連絡先：

⑩

】

| | | |
|--|---|---|
| 日付 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | <input type="checkbox"/> 外出 | 年 月 日() ~ 年 月 日() |
| | <input type="checkbox"/> 外泊 | |
| 食事の注文停止期間 | 2週間前までの申請のみ | 月 日(朝・昼・夕)食 ~ 月 日(朝・昼・夕)食 |
| 外出先 (外泊先) | 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | |
| | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 親戚宅(続柄:) <input type="checkbox"/> 宿泊施設 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 名称 <small>※帰省の場合は記入不要</small> | 宿泊施設名 親戚者名・その他 |
| 行き先の住所 地名まで記入ください | 県 市 (TEL:) | |
| 理由 | | |
| 契約者の方の了承 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | 付添者(利用者様との続柄)との外出・外泊を許可します。 <input type="checkbox"/> 契約者様名(⑩) ※付添者の方が契約者の場合は必要ありません。 | |
| お迎え予定時刻 | 時 分 頃 | |
| 帰園予定時刻 | 時 分 頃 | |

上記の利用者様の(外出・外泊)を了承します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 鹿野学園
施設長 福田 章子 ⑩

※契約者の方以外の方と外出・外泊される場合、必ず契約者様の署名(捺印)が必要です。

※付添者の方が契約者以外の方の場合、身分証を提示していただきます。

※帰園日、帰園時間に変更がある場合は必ず鹿野学園(0834-68-2189)へ連絡を入れてください。

学園スタッフ記入欄

| | | | |
|------|---|----------|------|
| 出園日時 | : | 年 月 日() | 時 分頃 |
| 帰園日時 | : | 年 月 日() | 時 分頃 |

確認者