

付き添い支援サービス委任状

関係各位

本書により、以下の通り委任いたします。

下記対象者の医療機関等への同行に関して、WORTH EMPATHY 合同会社 による付き添い支援サービスを正式に委任いたしました。

■ 対象者氏名：_____（ふりがな_____）

■ 生年月日：_____年____月____日

■ 依頼内容：医療機関等への付き添い支援及び、その付帯する業務
※ 医療行為等に関する同意及び保障等は除く

■ 受任事業者：WORTH EMPATHY 合同会社
（所在地）札幌市東区東苗穂 6 条 1 丁目 15 番 7 号
（電話番号）011-788-7825
（担当者）代表 高浪祐誌

■ 有効期間：署名日より 1 年間

【委任者署名欄】

署名年月日：令和_____年____月____日

委任者氏名：_____

続柄： 親族(____) 後見人 施設管理者 看護師 ケアマネジャー

施設名：_____

住所：_____

電話番号：_____

弊社は、付き添い支援を適切に行うものとし、その行動は依頼者の意思に基づいております。