

(外泊用) 誓 約 書

社会福祉法人 大一会

障害者支援施設 星空の里

施設長 有馬 修美 殿

利用者又は保護者（家族）等の希望による外泊の際、利用者に万一事故、怪我等が発生した場合には、その責任（損害賠償・治療・看護等）を一切施設には求めません。

申請日：平成 年 月 日

利用者氏名 _____ (印)

身元引受人 _____ (印)

代筆者名 _____ (印)

外泊期間	(外泊開始予定日) 平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分から	確認者	
	(帰園予定日) 平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分まで		
	(帰園日実績)※職員が記入します。 平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分まで	確認者	
●外泊先 ●連絡先	●行先 ●TEL		
●内服薬等	●外出時 ()日分持ち帰り()包 ●帰園時 ()日分返却 ()包 ●その他軟膏等	外出時 看護師	帰園時 看護師
※欠食届け(欠食届けがない場合は、本人負担となります。)			
●欠食	平成 年 月 日 (朝食・昼食・夕食)から 平成 年 月 日 (朝食・昼食・夕食)まで	栄養士	
●その他	※管理依頼中の書類等については、一時預り証(様式7号)に記入して頂き、対応いたします。		

施設長	課長	係長	主任

(外出用) 誓 約 書

社会福祉法人 大一会

障害者支援施設 星空の里

施設長 有馬 修美 殿

利用者又は保護者（家族）等の希望による外出の際、利用者に万一事故、怪我等が発生した場合には、その責任（損害賠償・治療・看護等）を一切施設には求めません。

申請日：平成 年 月 日

利用者氏名 印

身元引受人 印

代筆者名 印

外出日

(外出予定日)

平成 年 月 日 ()曜日

確認者

(外出予定時間)

(午前・午後) 時 分から (午前・午後) 時 分まで

(帰園時間実績)※職員が記入します。

(午前・午後) 時 分から (午前・午後) 時 分まで

確認者

●外出先

●行先(目的)

●連絡先

●TEL

●内服薬等

●外出時 ()包

●帰園時 ()包

●その他軟膏等

外出時	帰園時
看護師	看護師
<input type="text"/>	<input type="text"/>

※欠食届け(欠食届けがない場合は、本人負担となります。)

●欠食

(朝食・昼食・夕食)を欠食します。

栄養士

●その他

※管理依頼中の書類等については、一時預り証(様式7号)に記入して頂き、対応いたします。

施設長	課長	係長	主任
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>