

# 通所介護重要事項説明書

サービス提供開始に当たり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

## 1. 事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

### (2) 運営の方針

利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう目標を設定し、常に心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。特に認知症にある要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

サービス提供に当たっては、利用者の有する能力を最大限活用し、心身機能の改善を通して、利用者ができる限り要介護状態とならないよう、或いは要支援状態の改善及び維持することにより、自立した日常生活を営むことができるようサービスの提供を行う。

## 2. 事業所の概要

|      |                   |
|------|-------------------|
| 事業所名 | 老人デイサービスセンター長寿園   |
| 所在地  | 山形県尾花沢市新町三丁目2番21号 |
| 電話番号 | 0237-22-3185      |
| 指定番号 | 山形県第0671800076号   |

## 3. 事業所の職員体制

| 職種      | 常勤     | 非常勤   | 計      | 従業者の<br>指定基準 | 職務内容                      |
|---------|--------|-------|--------|--------------|---------------------------|
| 所長      | 1      |       | 1      | 1            | 管理運営                      |
| 生活相談員   | 5(4再掲) |       | 5(4再掲) | 1            | 利用者の相談事業、家族との連絡調整、苦情相談受付等 |
| 事務員     | 3      |       | 3      |              | 必要な事務全般                   |
| 看護職員    | 3      | 2     | 5      | 1            | 利用者の保健衛生、予防指導             |
| 機能訓練指導員 | 3(再掲)  | 2(再掲) | 5(再掲)  | 1            | 利用者の機能回復訓練                |
| 介護職員    | 7      | 3     | 10     | 6            | 利用者の身体援助全般                |
| 業務員     |        | 2     | 2      |              | 身体援助補助                    |

#### 4. 職員の勤務体制

|        |            |
|--------|------------|
| 従業者の職種 | 勤務体制       |
| 全職種    | 8:30～17:30 |

#### 5. 営業日及び営業時間

月曜日～金曜日（ただし、12月29日から1月3日まで休み）  
午前9時15分～午後4時15分

#### 6. 事業所の設備の概要

|          |             |     |                  |        |
|----------|-------------|-----|------------------|--------|
| 定員       | 40名         | 相談室 | 1室               | 15.82㎡ |
| 食堂兼機能訓練室 | 1ヵ所 100.46㎡ | 浴室  | 一般浴槽と特殊浴槽 43.22㎡ |        |
| 機能訓練室    | 1ヵ所 48.18㎡  | 送迎車 | 4台               |        |
| 静養室      | 1室 50.84㎡   |     |                  |        |

#### 7. サービスの内容

提供するサービスの内容は、次のとおりです。

| サービス | 内容   |
|------|--|
| 送迎   | 専用車により送迎を行います。                                   |
| 食事   | 昼食 12:00～12:45 原則として、食堂でおとりいただきます。               |
| 入浴   | 体の状態に応じ、一般浴か特別浴になります。<br>健康状態に応じ、入浴を中止する場合があります。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行います。                  |
| 生活相談 | 常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することを含め相談できます。              |

#### 8. 利用料金

【7時間以上～8時間未満】

| 区分                | 1日当たりの<br>利用料金 | 1割負担           |                | 2割負担           |                | 3割負担           |                |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                   |                | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 |
| 要介護1              | 6,580円         | 5,922円         | 658円           | 5,264円         | 1,316円         | 4,606円         | 1,974円         |
| 要介護2              | 7,770円         | 6,993円         | 777円           | 6,216円         | 1,554円         | 5,439円         | 2,331円         |
| 要介護3              | 9,000円         | 8,100円         | 900円           | 7,200円         | 1,800円         | 6,300円         | 2,700円         |
| 要介護4              | 10,230円        | 9,207円         | 1,023円         | 8,184円         | 2,046円         | 7,161円         | 3,069円         |
| 要介護5              | 11,480円        | 10,332円        | 1,148円         | 9,184円         | 2,296円         | 8,036円         | 3,444円         |
| 入浴介助加算(Ⅰ)※1       | 400円           | 360円           | 40円            | 320円           | 80円            | 280円           | 120円           |
| 認知症加算※2           | 600円           | 540円           | 60円            | 480円           | 120円           | 420円           | 180円           |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※3 | 220円           | 198円           | 22円            | 176円           | 44円            | 154円           | 66円            |

|                       |   |      |     |      |     |      |     |
|-----------------------|---|------|-----|------|-----|------|-----|
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※4 | 200円  | 180円 | 20円 | 160円 | 40円 | 140円 | 60円 |
| 介護職員等処遇改善加算(I)        | 基本介護料金（要介護1～5）に各加算を加えた額の合計に、 <b>1000分の92</b> を乗じた額が加算されます。（加算項目は変更することがあります。） |      |     |      |     |      |     |

【6時間以上～7時間未満】

| 区 分                   | 1日当たりの<br>利用料金  | 1割負担           |                | 2割負担           |                | 3割負担           |                |
|-----------------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                       |   | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 |
| 要介護1                  | 5,840円  | 5,256円         | 584円           | 4,672円         | 1,168円         | 4,088円         | 1,752円         |
| 要介護2                  | 6,890円  | 6,201円         | 689円           | 5,512円         | 1,378円         | 4,823円         | 2,067円         |
| 要介護3                  | 7,960円  | 7,164円         | 796円           | 6,368円         | 1,592円         | 5,572円         | 2,388円         |
| 要介護4                  | 9,010円  | 8,109円         | 901円           | 7,208円         | 1,802円         | 6,307円         | 2,703円         |
| 要介護5                  | 10,080円   | 9,072円         | 1,008円         | 8,064円         | 2,016円         | 7,056円         | 3,024円         |
| 入浴介助加算 (I) ※1         | 400円  | 360円           | 40円            | 320円           | 80円            | 280円           | 120円           |
| 認知症加算※2               | 600円  | 540円           | 60円            | 480円           | 120円           | 420円           | 180円           |
| サービス提供体制強化加算(I)※3     | 220円  | 198円           | 22円            | 176円           | 44円            | 154円           | 66円            |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※4 | 200円  | 180円           | 20円            | 160円           | 40円            | 140円           | 60円            |
| 介護職員等処遇改善加算(I)        | 基本介護料金（要介護1～5）に各加算を加えた額の合計に、 <b>1000分の92</b> を乗じた額が加算されます。（加算項目は変更することがあります。） |                |                |                |                |                |                |

【5時間以上～6時間未満】

| 区 分                   | 1日当たりの<br>利用料金  | 1割負担           |                | 2割負担           |                | 3割負担           |                |
|-----------------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                       |   | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 |
| 要介護1                  | 5,700円  | 5,130円         | 570円           | 4,560円         | 1,140円         | 3,990円         | 1,710円         |
| 要介護2                  | 6,730円  | 6,057円         | 673円           | 5,384円         | 1,346円         | 4,711円         | 2,019円         |
| 要介護3                  | 7,770円  | 6,993円         | 777円           | 6,216円         | 1,554円         | 5,439円         | 2,331円         |
| 要介護4                  | 8,800円  | 7,920円         | 880円           | 7,040円         | 1,760円         | 6,160円         | 2,640円         |
| 要介護5                  | 9,840円  | 8,856円         | 984円           | 7,872円         | 1,968円         | 6,888円         | 2,952円         |
| 入浴介助加算 (I) ※1         | 400円  | 360円           | 40円            | 320円           | 80円            | 280円           | 120円           |
| 認知症加算※2               | 600円  | 540円           | 60円            | 480円           | 120円           | 420円           | 180円           |
| サービス提供体制強化加算(I)※3     | 220円  | 198円           | 22円            | 176円           | 44円            | 154円           | 66円            |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※4 | 200円  | 180円           | 20円            | 160円           | 40円            | 140円           | 60円            |
| 介護職員等処遇改善加算(I)        | 基本介護料金（要介護1～5）に各加算を加えた額の合計に、 <b>1000分の92</b> を乗じた額が加算されます。（加算項目は変更することがあります。） |                |                |                |                |                |                |

【4時間以上～5時間未満】

| 区 分  | 1日当たりの<br>利用料金 | 1割負担           |                | 2割負担           |                | 3割負担           |                |
|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|      |                | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 |
| 要介護1 | 3,880円         | 3,492円         | 388円           | 3,104円         | 776円           | 2,716円         | 1,164円         |
| 要介護2 | 4,440円         | 3,996円         | 444円           | 3,552円         | 888円           | 3,108円         | 1,332円         |
| 要介護3 | 5,020円         | 4,518円         | 502円           | 4,016円         | 1,004円         | 3,514円         | 1,506円         |
| 要介護4 | 5,600円         | 5,040円         | 560円           | 4,480円         | 1,120円         | 3,920円         | 1,680円         |
| 要介護5 | 6,170円         | 5,553円         | 617円           | 4,936円         | 1,234円         | 4,319円         | 1,851円         |

|                       |   |      |     |      |      |      |      |
|-----------------------|---|------|-----|------|------|------|------|
| 入浴介助加算 (I) ※1         | 400円  | 360円 | 40円 | 320円 | 80円  | 280円 | 120円 |
| 認知症加算※2               | 600円  | 540円 | 60円 | 480円 | 120円 | 420円 | 180円 |
| サービス提供体制強化加算(I)※3     | 220円  | 198円 | 22円 | 176円 | 44円  | 154円 | 66円  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※4 | 200円  | 180円 | 20円 | 160円 | 40円  | 140円 | 60円  |
| 介護職員等処遇改善加算(I)        | 基本介護料金（要介護1～5）に各加算を加えた額の合計に、 <b>1000分の92</b> を乗じた額が加算されます。（加算項目は変更することがあります。） |      |     |      |      |      |      |

【3時間以上～4時間未満】

| 区 分                   | 1日当たりの<br>利用料金  | 1割負担           |                | 2割負担           |                | 3割負担           |                |
|-----------------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                       |   | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 | 介護保険か<br>らの給付額 | 1日当りの<br>自己負担額 |
| 要介護1                  | 3,700円  | 3,330円         | 370円           | 2,960円         | 740円           | 2,590円         | 1,110円         |
| 要介護2                  | 4,230円  | 3,807円         | 423円           | 3,384円         | 846円           | 2,961円         | 1,269円         |
| 要介護3                  | 4,790円  | 4,311円         | 479円           | 3,832円         | 958円           | 3,353円         | 1,437円         |
| 要介護4                  | 5,330円  | 4,797円         | 533円           | 4,264円         | 1,066円         | 3,731円         | 1,599円         |
| 要介護5                  | 5,880円  | 5,292円         | 588円           | 4,704円         | 1,176円         | 4,116円         | 1,764円         |
| 入浴介助加算 (I) ※1         | 400円  | 360円           | 40円            | 320円           | 80円            | 280円           | 120円           |
| 認知症加算※2               | 600円  | 540円           | 60円            | 480円           | 120円           | 420円           | 180円           |
| サービス提供体制強化加算(I)※3     | 220円  | 198円           | 22円            | 176円           | 44円            | 154円           | 66円            |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※4 | 200円  | 180円           | 20円            | 160円           | 40円            | 140円           | 60円            |
| 介護職員等処遇改善加算(I)        | 基本介護料金（要介護1～5）に各加算を加えた額の合計に、 <b>1000分の92</b> を乗じた額が加算されます。（加算項目は変更することがあります。） |                |                |                |                |                |                |

(※1) 入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について加算されます。

(※2) 主治医の意見書にて認知症日常生活自立度ランクⅢ・Ⅳ・Ⅴに該当する場合に加算されます。

(※3) 次のいずれにも適合しています。

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上、または介護職員の総数のうち勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上である。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。

※ 送迎を行わない場合は片道につき47円を減額します。

(※4) 次のいずれにも適合しています。

- ・利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、口腔・栄養に関する情報を担当の介護支援専門員へ提供した場合算定されます。

- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。

※ 6ヶ月に1回の算定となります。

(注)年間の収入により、下記のとおり1割から3割まで自己負担割合が変わります。

▼3割負担となる人

合計所得金額が220万円以上であり、

年金収入+その他合計所得金額=340万円以上（単身世帯）

年金収入＋その他合計所得金額＝463万円以上（夫婦世帯）

▼2割負担の人

合計所得金額が160万円以上220万円未満であり、

年金収入＋その他合計所得金額＝280万円以上（単身世帯）

年金収入＋その他合計所得金額＝346万円以上（夫婦世帯）

▼1割負担の人

上記に当てはまらない人

- (1) 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎について、主要道路を使用し、通常の事業の実施地域を越えた地点から利用者の居宅までの最短距離により、次の区分のとおりとします。

送迎距離片道10キロ以上15キロ未満1回につき 500円

送迎距離片道15キロ以上1回につき 800円

- (2) 食費 1食当たり 500円

- (3) 「社会福祉法人等利用者負担軽減確認書」を提出された利用者に対して確認書に明記されている減額割合に応じて利用料等を軽減いたします

- (4) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日当たりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日尾花沢市及び各市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

- (5) その他の料金

|      |  |
|------|--|
| おむつ代 | 持参（事業所で提供した場合は実費）  |
| その他  | 指定通所介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要になるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費 |

- (6) 支払い方法

毎回利用ごとに請求書をお渡しいたしますので、その都度現金にてお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行致します。

お支払方法は、窓口での現金払いですが、これによりがたい場合は、口座振込になります。

《口座振込の場合の振込先》

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 取引金融機関 | 山形銀行 尾花沢支店          |
| 口座番号   | 普通預金 682861         |
| 口座名義   | 社会福祉法人 徳良会 理事長 笹原 守 |

## 9. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用方法

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。契約を締結後、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に指定居宅介護支援事業所にご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ①利用者のご都合でサービスを終了する場合

- ・サービスの終了を希望する日の1週間前までに口頭及び文書でお申し出ください。  
ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、1週間以内でも、お申し出いただくとサービスを終了することができます。
- ・事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

#### ②当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合
- ・利用者又はその家族が当事業者や当事業所の従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたい背信行為を行った場合

#### ③自動終了

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者の要介護認定区分が要支援及び非該当と認定された場合（ただし、ご利用を希望される方は、尾花沢市介護予防・日常生活支援総合事業でのサービスをご利用できます。）
- ・利用者が死亡した場合

## 10. 通常の事業の実施地域等

通常の事業の実施地域 尾花沢市

## 11. 事業所ご利用の際に留意いただく事項

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 送迎時間の連絡                   | 前日に、当事業所より連絡致します。ただし、月曜日の利用に関しては、金曜日の連絡になります。                      |
| 体調確認                      | 前日に、当事業所より連絡致します。ただし、月曜日の利用に関しては、金曜日の連絡になります。                      |
| 体調不良等による中止・変更<br>食事のキャンセル | 前日に確認後、体調不良による中止・変更をなさる場合は、電話にてご連絡ください。<br>前日に、当事業所より確認致します。       |
| 設備・器具の利用                  | 事業所の設備、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、賠償していただく場合がございます。 |

## 1 2. 緊急時及び事故発生時の対応方法

サービス提供中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態及び事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医、山形県、市町村、担当の居宅介護支援事業者等に連絡する等必要な処置を講ずるほか、事故に際しては、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、自己の責めに帰すべき事由により、利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償いたします。また、再発防止に努めます。

### ◎医療機関

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| 医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 主治医   |  |      |  |

### ◎第1緊急連絡先（家族）

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 氏名   |  |      |  |
| 住所   |  |      |  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 続柄   |  |      |  |

### ◎第2緊急連絡先（家族）

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 氏名   |  |      |  |
| 住所   |  |      |  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 続柄   |  |      |  |

## 1 3. 虐待防止のための措置

虐待防止に関する責任者の選定、職員に対する計画的な研修の実施等、虐待の防止のための体制を構築する。また、虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに防止策を講じ、これを市町村に通報するものとする。

## 1 4. 協力病院

北村山公立病院：東根市温泉町二丁目15番1号

おおいデンタルクリニック：尾花沢市新町一丁目1番1号

## 1 5. 利用中の中止

- (1) 利用者が途中退所を希望した場合
- (2) 利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合

(3) 利用中に体調が悪くなった場合

(4) 他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

#### 16. 非常災害対策

|          |                                  |     |           |     |
|----------|----------------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常災害時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム長寿園消防計画」により対応します。 |     |           |     |
| 防災設備     | 設備名称                             | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|          | スプリンクラー                          | 各室  | 防火扉・シャッター | 各所  |
|          | 非常階段                             | なし  | 屋内散水栓     | 各所  |
|          | 自動火災報知器                          | 各所  | 非常通報装置    | 各所  |
|          | 誘導灯                              | 各所  | 漏電火災報知器   | 各所  |
|          | ガス漏れ報知器                          | 3カ所 | 非常用電源     | あり  |
|          | カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。     |     |           |     |
| 防災訓練     | 別途定める「特別養護老人ホーム長寿園消防計画」による。      |     |           |     |
| 防災計画     | 消防署への届出：毎年4月                     |     |           |     |
| 防火責任者    | 主任生活相談員 松岡良久                     |     |           |     |

#### 17. 事業所が提供するサービスについての相談・苦情等の窓口

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 区分      | 老人デイサービスセンター長寿園       |
| 電話番号    | 0237-22-3185          |
| 担当者     | 主任生活相談員 柏倉美紀子         |
| 受付時間・曜日 | 月～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 |

もしくは、

尾花沢市福祉課 介護保険担当窓口 (代表) 0237-22-1111  
山形県国民健康保険団体連合会 0237-87-8006

#### 18. 第三者による評価の実施状況等

|               |       |        |           |
|---------------|-------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1. あり | 実施日    |           |
|               |       | 評価機関名称 |           |
|               |       | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | 2. なし |        |           |

19. 事業者の概要

|            |  |
|------------|--|
| 名称・法人種別    | 社会福祉法人 徳良会   |
| 代表者役職・氏名   | 理事長 笹原 守   |
| 本部所在地      | 〒999-4224<br>山形県尾花沢市新町三丁目2番21号   |
| 法人が行っている事業 | 特別養護老人ホーム長寿園<br>指定短期入所生活介護事業所長寿園<br>指定短期入所生活介護事業所長寿園（介護予防）<br>指定居宅介護支援事業所長寿園<br>老人デイサービスセンター長寿園<br>老人デイサービスセンター長寿園（第1号通所事業）<br>障害者支援施設新生園<br>指定障害者短期入所事業所新生園<br>指定共同生活援助事業所新生園<br>相談支援事業所新生園 |

|  |     |   |   |    |         |
|--|-----|---|---|----|---------|
| 通所介護の提供に当たり、利用者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。         |     |   |   |    |         |
| 令和 年 月 日   |     |   |   |    |         |
| 事業者  | 所在地 | 〒999-4224 山形県尾花沢市新町三丁目2番21号                                 |   |    |         |
|  | 名称  | 社会福祉法人 徳良会<br>理事長 笹原 守 <span style="float: right;">㊞</span> |   |    |         |
|  | 説明者 | 所属  | 老人デイサービスセンター長寿園                             | 職名 | 主任生活相談員 |
|  |     | 氏名  | 柏倉 美紀子 <span style="float: right;">㊞</span> |    |         |
| 私は、本書面により事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け同意し、本書面を受領しました。 |     |   |   |    |         |
| 令和 年 月 日   |     |   |   |    |         |
| 利用者  | 住所  |   |   |    |         |
|  | 氏名  | 印   |   |    |         |
| 代理人  | 住所  |   |   |    |         |
|  | 氏名  | 印   |   |    |         |