

## 居宅療養管理指導に関する同意書

\_\_\_\_\_訪問看護ステーションからの居宅療養管理指導を受けること  
について同意します。

平成 年 月 日

様

利用者

(住所)

(氏名)

印

(代理人)

(住所)

(氏名)

印