地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
地域密着型小規模特別養護老人ホーム聖愛園にっかわ重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています
奥州市指定　　第０３９１５００１１３号

（施設経営法人）
第１条　地域密着型小規模特別養護老人ホーム聖愛園にっかわ（以下「施設」といいます。）は、社会福祉法人聖愛育成会（以下「事業者」といいます。）が運営を行っています。
(1)　所在地　　岩手県奥州市江刺愛宕字八日市64番地
(2)　連絡先　　0197－35－2824（代表電話）　　0197－35－2852（FAX番号）
(3)　代表者名　　理事長　　小澤　雅之

（事業の目的）
第２条　介護保険法等関係法令に従い、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供します。

（施設運営方針）
第３条　一人ひとりの意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行います。
２　利用者の意思及び人格を尊重するとともに、個々の 24 時間生活分析を介護計画に活かし、適切な介護を提供することにより自立生活支援を行います。
３　明るく家庭的な雰囲気をつくり出す工夫を凝らし、利用者と職員の関係をなじみのものとし、よりきめ細かな介護に心掛け、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

（職員体制）
第４条　施設の職員体制は、下記のとおりとなります。　　＜令和８年８月１日現在＞

職　　種	職　務　内　容	常　勤	非常勤	計
園　長	管理者は、施設の業務を総括します。	1 （兼務）		1
介護職員 (ユニットリーダー含み)	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。	12 （兼務2）	5	17
生活相談員	利用者の生活相談、処遇の企画や実施、利用者やその家族からの苦情や相談の受付を行います。	0 （本体施設相談員が担う）		0
看護職員	利用者の保健衛生及び看護業務を行います。	2		2
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するために訓練を行います。	1		1
介護支援専門員	利用者の要介護申請や調査に関すること及び施設サービス計画作成等を行います。	2 （兼務2）		2
嘱託医師	利用者の健康管理及び療養上の指導を行います。		嘱託(1)	(1)

産業医師	職員の健康管理及び療養上の指導を行います。		嘱託(1)	(1)
介護補助員	利用者の日常生活全般にわたる介護業務の補助を行います。	1	3	4
庶務・庶務補助員	清掃業務、環境整備及びその補助を行います。		2	2
栄養士	食事の献立管理、栄養計算、利用者に関する栄養指導等を行います。	2 (兼務2)		2
調理員（株式会社サンウェイ）	調理業務を行います。			委　託
計		21	10	31

（施設の概要及び設備概要）

第５条　施設は利用定員29名です。

(1) 施設所在地　　岩手県奥州市江刺愛宕字八日市1番地2

(2) 連絡先　　（電話番号）0197－31－2855　　（FAX番号）0197－31－2865

(3) 施設の設備は次のとおりです。

居室	Aユニット	10室	地域交流室	１室
	Bユニット	9室	医 務 室	１室
	Cユニット	10室	食堂兼リビング	３室
浴室	一般浴槽　(普通のお風呂)　2基 特殊浴槽　(寝たままで入浴)　2基		生活相談室	１室
			事務室	１室

（施設のサービス内容）

第６条　施設が提供する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容は次のとおりです。

(1)　施設サービス計画書

利用者について解決すべき課題を把握し、利用者及びご家族の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成し、必要に応じて施設サービス計画を変更します。施設サービス計画の作成及び変更に際してはその内容を利用者、ご家族へ説明します。

(2)　居室

全室個室です。

(3)　食事

食事提供時間は次のとおりです。食堂兼リビングで食べていただきますが、心身の状況等により居室、その他での食事も可能です。食べられないもの、アレルギーのある方は事前にご相談下さい。また、調理後2時間以内であれば、お好きな時間帯に食事することができますのでお申し出ください。

ア　朝食　　7:30から

イ　昼食　　12:00から

ウ　夕食　　17:30から

(4)　入浴

原則として、週２回の入浴です。ただし、健康状態により、清拭となる場合があります。

(5)　介護

施設サービス計画に沿って、着替え、排せつ、食事等の介助、口腔ケア、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付添い等の日常生活介護を行います。

(6)　個別機能訓練

機能訓練指導員が、個別に機能訓練計画を作成し、本人又はご家族に説明し、同意を得た場合に機能訓練を行います。

(7)　生活相談
　生活相談員等に、介護以外の日常生活に関することも相談できます。
(8)　健康管理
　当施設では、嘱託医師の指示の下、看護職員により、健康管理を行っております。夜間帯は、当番制のオンコール体制で対応を行っております。採血、レントゲン検査、インフルエンザ予防接種、嘱託医による内科回診、歯科医による検診等も行っております。
ア　嘱託医師
　玉澤リハビリ整形外科　　院長　　玉澤　佳和（たまざわ　よしかず）
イ　協力歯科医師
　吉田歯科クリニック　　院長　　吉田　智哉（よしだ　ともや）
ウ　緊急時協力病院
　奥州市総合水沢病院・岩手県立江刺病院
エ　看護責任者・服薬管理責任者・医療機器管理責任者
　看護職員　菊池　百合子(きくち　ゆりこ)
オ　利用者の身体状態の早期把握のため見守り機器を使用しています。また、見守り機器の使用によって得られた情報等は、個人情報に関する基本規程に則り適切に管理します。
カ　通院について
　緊急時以外の通院は、嘱託医師及び協力歯科医師並びに協力病院（以下、「協力医療機関という。）へ通院いたします。入居時にかかりつけ医からの紹介状の持参をお願い致します。なお、協力医療機関へ通院を強制するものではありません。
　協力医療機関への通院する場合は、原則的には施設で行いますが、必要に応じ付き添いのご協力をお願いします。入院の際の手続き、付き添い等は、ご家族で対応願います。なお、利用者の希望により通院先の病院等を選択された場合、ご家族の協力をお願いする場合があります。また、遠方の病院へ通院する際は交通費の実費を負担していただきます。
(9)　サービスの質の確保
　年1回以上、県で作成している自主点検票を用いて自己評価を行います。また第三者委員評価は実施しておりません。
2　利用者の希望等に応じ、その他サービスを提供します。内容は次のとおりです。
(1)　入居時の送迎(一部有料)
　利用者の希望により入居時の送迎を行います。ただし、奥州市及び金ケ崎町以外の地域の送迎は実費を頂きます。
(2)　洗濯(一部有料)
　必要に応じて、衣類の洗濯を施設で行いますが、施設での洗濯が難しいものは、クリーニング（有料・自己負担）を外注します。
(3)　理容サービス(有料)
　施設では、月に１回、毎月第４月曜日に理容サービスを実施しております。
(4)　貴重品管理サービス（有料）
　預かり金の出納管理及び行政手続き代行の貴重品管理サービスを申し込むことができます。なお、利用者又はご家族で管理される場合は、申し込みの必要はありません。
(5)　レクリエーション・行事(一部有料)
　施設では、生きがい作りのためレクリエーション活動や行事を計画しています。行事等に係る材料費等は、実費をいただく場合があります。
(6)　嗜好品等の使用による便宜(有料)
　ご利用者の希望により嗜好品等の購入、使用等に便宜を図ります。また、嗜好品の購入や使用に関しては、一部制限を設けさせていただく場合があります。

（利用料金）
第７条　料金のうち施設サービス費並びに第５項の各種加算は、国が定めた基準により算定し負担割合証に応じてお支払いいただきます。
（施設サービス費）
(1)　要介護１　　682単位／日
(2)　要介護２　　753単位／日
(3)　要介護３　　828単位／日
(4)　要介護４　　901単位／日

(5)　要介護５　　971単位／日

2　施設が定める居住費と食費については、市町村から介護保険負担限度額認定を受けている方で、提示があった場合は次のとおりとします。ただし、提示されない場合は、施設が定める居住費と食費をお支払いいただきます。なお、個別に利用料金が異なりますので、別紙試算表で詳しくご説明します。

	居住費	食費
(1)　利用者負担第１段階	880円／日	300円／日
(2)　利用者負担第２段階	880円／日	390円／日
(3)　利用者負担第３段階①	1,370円／日	680円／日
(4)　利用者負担第３段階②	1,470円／日	1,420円／日
(5)　上記以外の方	2,200円／日	1,680円／日

3　食費以外の食べ物に関する費用について、補助食等が必要な場合はご家族と相談し使用します。その際の費用は実費をいただきます。

4　経管栄養の方につきましては、特別な栄養剤が必要と医師が判断し、処方となった方以外は食費として算定します。

5　各種加算について、試算表にて説明し同意を頂きます。新たに算定する場合にも、説明し同意をいただきます。

6　その他利用料については下記のとおりです。また、詳細な金額は別紙記載とします。

(1)　医療費　…　健康管理のための検査については、施設サービス費に含まれておりますが、それ以外の医療につきまして（医療機関による往診や入院及び通院）、医療保険適用により、別途自己負担していただきます。

(2)　日用品　…　日常的に必要な物品の立て替え払いを行った生活用品等

(3)　理容料金　…　施設に訪問する理容サービスを受けた場合は実費をご負担いただきます。

(4)　事務代行料金　…　貴重品管理サービスの料金

(5)　通院時交通費　…　遠方へ通院した際のガソリン代や高速道路料金等の交通費をご負担いただきます。

(6)　電気料金　…　生活に係る電気料金以外の持ち込み家電の電気料金をご負担いただきます。

(7)　コピー代金　…　サービス提供に関する記録等の複写物を必要とする場合は、実費をご負担いただきます。

(8)　クリーニング代金　…　クリーニングに出した際は、実費をご負担いただきます。

(9)　レクリエーション・行事費用　…　材料費として実費をご負担いただく場合があります。材料費などが発生する場合は、事前にご連絡いたします。

(10)　その他　…　被服費、嗜好品等は自己負担していただく代金となります。

(11)　入院外泊時のお部屋確保　…　確保料金は、入院・外泊日の翌日を起算日として６日目までは第２項居住費に記載の額となります。７日目以降は負担限度額認定証の発行の有無にかかわらず1日2,200円とします。ただし、空床を利用し短期入所生活介護を受け入れた場合はその限りではありません。

7　低所得者への減免措置として、生活保護受給者並びにそれに準ずる者に対し、前項第4号の料金の支払いを免除します。

8　支払方法は、基本的に口座自動引き落としとなります。引き落としにかかる手数料に関しては、事業者で負担いたします。

（契約、解約）

第８条　介護認定において、要介護３から要介護５と認定された方が利用する事ができます。また、要介護１から要介護２と認定された方は、特例入所の要件に該当した方が利用できます。当重要事項説明書に沿って説明し、同意をいただいたのち、契約締結後サービスの提供を開始します。

2　利用者、ご家族のご希望で解約される場合、希望する日の30日前までにお申し出下さい。ただし、利用者が入院するなど特別な事情により、利用者、ご家族からの解約の申し出がある場合は、この限りではありません。

3　下記の事柄に該当した場合は、自動終了とさせていただきます。

(1)　自動終了　下記の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約終了いたします。

ア　利用者が他の介護保険施設を利用開始した場合

イ　要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援1・要支援2と認定された場合。また、認定更新で要介護1、要介護2の認定を受けた場合で特例入所要件に該当しない場合

ウ　利用者がお亡くなりになった場合

エ　病院や診療所に入院し、医師が施設復帰不可能及び入院期間が３ヶ月を越えると判断した場合、又は入院期間が３ヶ月を越えた場合

(2)　契約終了　下記の場合は解約を申し入れる場合があります。また、解約とする場合は、契約終了30日前までに文書で通知します。

ア　利用者又はご家族が、サービス利用料金の支払いを３か月以上遅滞し、料金を支払う催告をしたにもかかわらず、これを支払わない場合

イ　利用者又はご家族が、施設及び施設職員並びに他の利用者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

(3)　やむを得ない事情により、施設を閉鎖又は縮小する場合

４　入院され、明らかに退院する見込みが無い場合を除き、３ヶ月以内であれば契約は継続としますが、第７条第６項第11号に記載のとおりの料金が発生します。

（施設利用にあたっての留意事項）

第９条　当施設を利用するにあたって、次の各号の留意事項を守り、ご利用ください。

(1)　面会時間　9：00～17：00までの時間で面会可能です。特別な事情により時間外に面会を行う場合は来園時間を事前にお知らせください。また、面会の際は、食事時間帯は極力ご遠慮下さい。夜間の面会の際は他利用者へのご配慮をお願い致します。なお、面会の際は、手洗い（手指消毒）、うがい、マスク着用もお願いします。また、感染症の流行状況により、事業者独自の面会レベルに応じて面会時間や面会方法を制限させていただきます。

(2)　外出・外泊　ご家族対応による外出、外泊時は、行き先や帰園予定時間等を事前にご連絡ください。また、外泊の上限は、１月につき７泊を上限とします。

(3)　飲酒・喫煙　飲酒は、健康上の事由により制限させていただく場合もございます。また、施設は禁煙となりますのでご協力お願い致します。

(4)　金銭・貴重品の管理　多額の金銭や貴重品の持ち込みはご遠慮ください。また、持ち込みの際は、貴重品管理サービスのご利用をご検討ください。貴重品管理サービスを利用されていない方の貴重品の紛失等に関するトラブルは事業者の故意又は過失に起因する場合を除き、事業者は責任を負わないものとします。

(5)　所持品の持ち込み　私物の持ち込みは原則として自由ですが、大きさや内容によってはご遠慮いただく場合もあります。衣類については、季節ごとの入れ替えをお願いしております。

(6)　宗教、政治活動　他の利用者、施設職員に対し、宗教活動、政治活動、営利活動は、ご遠慮ください。

(7)　賠償責任　利用者やご家族等の故意又は重大な過失により、施設の財産に損害をおよぼした場合は、その損害を賠償して頂く場合がございます。

(8)　ペット　衛生管理上、施設内での飼育はご遠慮願います。

(9)　施設開放、見学受け入れ　地域の方々に施設を正しく理解していただくため、利用者のプライバシー保護を前提に見学等を可能な限り受け入れを行います。又、地域福祉の拠点となるよう、地域交流スペースや会議室等の施設開放も行います。

(10)　職員研修　質の高いサービスを目指し、施設独自の園内研修及び施設外での研修会等に積極的に参加しております。

（緊急時の対応）

第 10 条　体調の変化や緊急、災害などの緊急時の場合は、下記に定める緊急連絡先に可能な限り速やかに連絡いたします。

２　利用者の急変時に協力病院との連携の下で適切な対応を行う体制の確保を行うために、協力病院、嘱託医師と定期的な会議を開催し、利用者の病状などの情報を共有します。

３　利用者ご家族が定める緊急連絡先について、携帯電話もご記入下さい。

緊　急　連　絡　先		
①	氏　名	
	住　所	
	電話番号　　携帯:　　自宅:	
	続　柄	
②	氏　名	①不在の場合
	住　所	
	電話番号　　携帯:　　自宅:	
	続　柄	
③	氏　名	①②不在の場合
	住　所	
	電話番号　　携帯:　　自宅:	
	続　柄	

≪緊急時連絡先≫

○　玉澤リハビリ整形外科　　…０１９７－３５－８８０１
○　総合水沢病院　　…０１９７－２５－３８３３
○　岩手県立江刺病院　　…０１９７－３５－２１８１
○　奥州市役所　　…０１９７－２４－２１１１
○　岩手県県南広域振興局　　…０１９７－２２－２８３１
○　岩手県奥州保健所　　…０１９７－２２－２８６１
○　岩手県国民健康保険連合会　　…０１９－６０４－６７００

（非常災害対策）

第 11 条　消防法令に基づき、防火管理者を選任し、また各部署から選出された防災委員が、毎月定期的な会議により非常災害に関する具体的計画と業務継続計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制、業務継続方法を整備し、それらを定期的に施設職員に周知するとともに、定期的な避難、救出その他必要な訓練を年２回以上行います。

(1)　防火管理者　　園　長　　菊池　雅子

(2)　防災設備　自動火災報知機、誘導灯、防火扉、屋内消火栓、スプリンクラー、緊急通報装置、消火器、防炎加工カーテン、非常用発電機

(3)　防災訓練　事業継続計画や消防計画に沿って非常災害時に適切な対応ができるよう年 2 回以上、訓練を実施します。

（感染症対応）

第 12 条　感染症予防法に基づき、感染症又は食中毒が発生、又は蔓延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

(1)　施設における感染症及び食中毒の蔓延防止のための対策を検討する委員会を月に 1 回程度、定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(2)　施設における感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。
(3)　施設において、感染症が発生した場合は、予め作成している業務継続計画に基づき事業の継続を図ります。また、定期的に計画を見直し、計画に沿った訓練を行うとともに、協力病院が開催する院内感染対応の訓練に参加し、３年に１回院内感染対応方法の指導を受けます。
(4)　施設職員に対し、感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止の研修を定期的に実施します。
(5)　前各号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

（事故発生の防止及び発生時の対応）
第 13 条　事故発生防止のための指針を別に定め、当該指針に沿って、リスクマネジメント委員会を設置しています。また、リスクマネジメント委員会内で、事故発生の分析や再発防止策の検討等を行い、施設職員に対する周知方法や、年２回以上の研修を企画し実施します。
２　利用者に対する施設サービスの提供により、介護事故等が発生した場合は、速やかに第 10 条に示された利用者ご家族の連絡先及び市に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。なお、事故の状況及び事故に際して取った処置や対応等は記録をし、保存します。
３　利用者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

（虐待防止、身体拘束に関する事項）
第 14 条　身体拘束、身体拘束に準じる行為は行いません。また、虐待防止、身体拘束廃止の為の指針を別に定め、当該指針に沿って委員会を設置しています。また、虐待防止、身体拘束廃止の研修を職員に対して年２回以上行います。

（ハラスメント行為禁止）
第 15 条　利用者、利用者家族等による施設職員及び他の利用者に対する次のようなハラスメント行為は固くお断りいたします。ハラスメント行為を認めた場合は、第８条第３項第２号のイに該当するものと判断し、契約解除の対象となります。
(1)　身体的暴力　身体的な力を使って危害を及ぼす行為や、唾を吐くなど身体的、心理的負担となる等の行為。
(2)　精神的暴力　言葉や態度で個人の尊厳や人格を傷つけたり、おとしめたりする行為。また、できない要求や要望を繰り返し訴える等の行為。
(3)　性的暴力　意に沿わない性的な誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為や個人的に性的な質問を行う等の行為。
(4)　その他全般いやがらせ行為　上記以外のいやがらせや迷惑等の行為。
２　長時間にわたる相談や質問などにより、施設職員を長時間拘束する行為はご遠慮ください。また、解決すべき課題との関連性が認められない内容や長時間の対応を要する相談については、ご相談時間を原則として１回 30 分程度とします。

（秘密保持）
第 16 条　個人情報に関する基本規程を別に定め、取り扱う個人情報に関しては、利用者及びご家族に説明し同意を頂いた場合に使用します。
２　施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及びそのご家族の秘密を口外しません。なお、退職後も正当な理由なく、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を口外することがないように、必要な措置を講じます。
３　在宅復帰時等、他施設や居宅介護支援事業者等に対し利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者又はそのご家族の同意を得て行います。

（相談、要望、苦情等の窓口）

第 17 条　相談や要望、苦情を受け付ける窓口を下記の通り設置しております。

(1)　施設で設置している窓口

ア　サービス相談窓口　担当者　　生活相談員　小越　まゆみ
電話番号　0197－31－2855
FAX番号　0197－31－2865
（受付時間　月～金　9:00～17:00）

イ　第三者委員　　佐藤　教雄　　電話番号　0197－31－2411
（愛宕地区センター）

ウ　第三者委員　　阿部　優子　　電話番号　0197－35－3009

(2)　その他、行政機関等が設置している窓口

ア　奥州市役所福祉部長寿社会課　　電話番号　0197－24－2111
イ　岩手県県南広域振興局　保健福祉環境部　　電話番号　0197－22－2850
ウ　岩手県国民健康保険団体連合会　　電話番号　019－604－6700

（地域との連携等）

第 18 条　指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

構　成	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は地域包括支援センターの職員、指定介護福祉施設サービスに知見を有する者等
開　催	隔月で開催
議事録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成し、公表します。

（その他）

第 19 条　事業者は施設の他に、次の事業を実施しています。

(1)　指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム聖愛園（従来型）」
指定年月日　平成12年4月1日　　指定番号　岩手県第0371200171号

(2)　指定短期入所生活介護事業所「聖愛園ショートステイサービス」
指定年月日　平成12年4月1日　　指定番号　岩手県第0371200130号

(3)　指定居宅介護支援事業所「聖愛園指定居宅介護支援事業所」
指定年月日　平成12年4月1日　　指定番号　奥州市第0371200031号

(4)　指定看護小規模多機能型居宅介護「複合型サービス事業所聖愛園にっかわ」
指定年月日　平成25年12月26日　　指定番号　奥州市0391500261号

(5)　指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム聖愛園（ユニット型）」
指定年月日　令和５年４月１日指定番号　　岩手県0371200403号

(6)　指定短期入所生活介護事業所「聖愛園ユニット型ショートステイサービス」
指定年月日　令和６年６月１日　指定番号　岩手県0371200403号

(7)　指定短期入所生活介護事業所「聖愛園にっかわショートステイサービス」
指定年月日　令和６年10月１日　指定番号　岩手県0371501297号

(8)　保育所　「聖愛ベビーホーム」
認可年月日　昭和53年4月1日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護利用にあたり、利用者（ご家族）に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

＜説明日＞　　令和　　年　　月　　日

＜事業者＞　　社会福祉法人聖愛育成会

＜施　設＞　　地域密着型小規模特別養護老人ホーム聖愛園にっかわ

＜住　所＞　　岩手県奥州市江刺愛宕字八日市１番地２

＜代表者＞　　理事長　　小澤　雅之　　印

＜説明者＞　　職　名　.....

氏　名　.....印

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型サービスについての重要事項の説明を受け、契約内容また、施設が作成する介護計画書に基づくサービスの提供に同意します。

＜同意日＞　　令和　　年　　月　　日

＜利用者＞　　住　所

氏　名　　印

＜身元保証人＞　住　所

氏　名　　印

＜身元保証人＞　住　所

氏　名　　印