（１）利用者のかかりつけ医療機関（別紙緊急連絡票参照）

医療機関名		診　療　科	
所　在　地			
主　治　医		電 話 番 号	

（２）緊急連絡先

連絡先①	氏　　名：　　続　柄： 所　在　地： 電 話 番 号：

（３）事業所の協力医療機関

医療機関名		診　療　科	
所　在　地			
代　表　者		電 話 番 号	

１０事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処遇について記録します。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

（１）損害保険会社名　損害保険ジャパン日本興亜株式会社

（２）損害保険の種類　ウォームハート（賠償責任保険）

（３）

１１サービス内容に関する苦情相談窓口

（１）当事業所の苦情・要望の受付窓口

受付窓口	窓口担当者　　山田　咲子 苦情解決責任者　　山田　咲子 受　　付　　日　　月曜日から金曜日 受　付　時　間　　午前9時から午後6時 電　話　番　号　　０１７－７６３－４７５０ ＦＡＸ番号　　０１７－７６３－４７５１