

あなた(またはあなたの家族)が購入しようと考えている特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売サービス(以下福祉用具販売サービスという。)について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を下記にて説明いたします。

1, 特定福祉用具販売サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社セルビス
代表者氏名	代表取締役 坂元正幸
本社所在地(連絡先)	大阪府堺市堺区市之町東 5 丁 2-7 Tel:072-223-1199(Fax:072-233-8866)

2, 事業所の所在地

事業者名称	サービス福祉用具センター
指定事業者番号	2776303378
事業所所在地	大阪府堺市西区浜寺元町 1 丁 118-2
連絡先相談担当者名	Tel :070-3128-7638 (Fax:072-265-5522) 管理者: 中川利晃
事業所の通常の事業実施地域	大阪府全域

3, 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社セルビス サービス福祉用具センター(以下事業所という。)において実施する特定福祉用具販売サービスの適正な運営を保持するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定めることにより、事業の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意志及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な特定福祉用具販売サービス提供を確保することを目的とする。
運営方針	1, この事業所が実施する事業は、利用者が要介護(要支援)状態等となった場合においても、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に配慮して、生活全般にわたる援助を行う。 2, 事業に当たっては、必要な時に必要な福祉用具販売サービスの提供ができるよう努めるものとする。 3, 事業に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。その他「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

4, 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。 ただし、祝日及び 12 月 30 日から 1 月 3 日までの年末年始を除く。
営業時間	午前 9 時から午後 6 時までとする。

5, 事業所の職員体制

事業所の管理者	中川利晃	
職 種	職 務 内 容	人 員 数
福祉用具専門相談員	福祉用具販売サービス	3人

8. 苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ状況の聞き取りや事情の確認を行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を連絡します。)(苦情申立の窓口)

【事業者の窓口】 セルビス福祉用具センター 相談窓口 苦情解決責任者:管理者 中川利晃	所在地:大阪府堺市西区浜寺元町1丁118-2 Tel:070-3128-7638 (Fax:072-265-5522) 受付時間:9:00~17:30
【行政相談の窓口】 堺市 長寿社会部 介護保険課	所在地:堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号:(直通)072-228-7513(FAX)072-228-7853 受付時間:9:00~17:00(土、日、祝除く)
【行政相談の窓口】 堺市 西区役所 地域福祉課 介護保険係	所在地:堺市西区鳳東町6-600 電話番号:072-275-1912 受付時間:9:00~17:30(土、日、祝除く)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地:大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号中央通FNビル内 電話番号:(代表)06-6949-5309 受付時間:9:00~17:00(土、日、祝除く)

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府堺市西区浜寺元町1丁118-2
	法人名	株式会社セルビス
	事業部名	介護事業部
	事業所名	セルビス福祉用具センター
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	