

## 宿泊施設療養に際しての同意事項

- 1 施設内では、スタッフの指示に従っていただきます。
- 2 体調チェックのため、部屋の電話や携帯電話を鳴らすことがあります。電話に出ていただけない場合、安全確認上、お部屋を開けさせていただくことがあります。
- 3 施設、敷地内での飲酒・喫煙は禁止です。無煙たばこや電子たばこ等の火を使わない器具を使用した喫煙も禁止します。
- 4 盗難や暴力行為、不法行為等があった場合は、警察署に通報しますので、あらかじめご了承ください。
- 5 部屋の施錠とカギの管理は責任を持って行ってください。退所時には必ず返却してください。
- 6 感染症の拡大防止等の目的で、住所、氏名、生年月日、性別などを県・市・町の関係機関、医療機関に提供することがあります。

---

### 同 意 書

私は、広島県の宿泊療養施設に入所するにあたり、入所中の全期間において、上記宿泊施設療養に際しての1から6までに記載された「同意事項」に同意し、当該同意事項に記載された規則及び施設内の諸規則並びに指示を遵守します。

令和 年 月 日

署名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

入所中の緊急連絡先： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (続柄)

## आवास सुविधा चिकित्सा उपचार के लिए सहमति पत्र

1. कृपया कर्मचारियों के निर्देशों का पालन करें।
2. आपकी शारीरिक स्थिति की जांच करने के लिए कमरे में फोन या मोबाइल फोन बज सकता है। यदि आप फोन का जवाब नहीं दे सकते हैं, तो हम सुरक्षा पुष्टि के लिए कमरा खोल सकते हैं।
3. सुविधा और परिसर में शराब पीना और धूम्रपान करना प्रतिबंधित है। धूम्रपान रहित तंबाकू और इलेक्ट्रॉनिक सिगरेट जैसे गैर-ग्न उपकरणों का उपयोग करना भी प्रतिबंधित है।
4. कृपया ध्यान दें कि चोरी, हिंसा या प्रताड़ना की स्थिति में पुलिस स्टेशन को सूचित किया जाएगा।
5. कृपया कमरे को बंद करने और चाबियों के प्रबंधन की जिम्मेदारी लें। कृपया जब आप निकलें तो इसे वापस करना सुनिश्चित करें।
6. संक्रामक रोगों के प्रसार को रोकने के उद्देश्य से, हम संबंधित संगठनों और राज्यों, शहरों और कस्बों में चिकित्सा संस्थानों को पता, नाम, जन्म तिथि, लिंग आदि प्रदान कर सकते हैं।

---

### सहमति पत्र

हिरोशिमा राज्य के एक आवासीय उपचार सुविधा में प्रवेश करने पर, मैं सुविधा में पने प्रवास की पूरी वधि के लिए दौरान 1 से 6 में सूचीबद्ध "नुबंधों" और नुबंधों में सूचीबद्ध नियमों और निर्देशों के साथ-साथ सुविधा के नियमों और निर्देशों से सहमत हूं।

दिनांक / / 2021

हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर : \_\_\_\_\_

आपातकालीन संपर्क की जानकारी : \_\_\_\_\_

पूरा नाम : \_\_\_\_\_ (संबंध)