

간병인 사용확인서

1. 환자(피보험자)

성명		생년월일	
전화번호			
병원명			

2. 간병인 인적사항

성명		생년월일	
전화번호			

3. 간병인 소속회사

소속회사명	행복드림 간병인협회	전화번호	031) 407-2354
-------	------------	------	---------------

4. 간병인 세부업무 및 활동내용 (간병일지)

간병일자			간병 시간		주요 간병 활동
			시작시간	종료시간	
1	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
2	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
3	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
4	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
5	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
6	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
7	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
8	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
9	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()
10	년	월 일			식사보조() / 활동보조() / 배변보조() / 위생보조()

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인 합니다.

작성일자 년 월 일

환자(보호자) (서명)

행복드림 간병인 협회
대표 모 서 현

