

アメニティセット申込用紙 新規申し込み記入例

(印)(業者控)

申 込 書

三和病院 (新規・変更・解約)
 ※お申込の際は、希望される商品名の番号に○印を記入してください。

No.	商品名	料金/日	変更前	変更後	備考
1	メディカルセットA	275円 (税抜250円)			
2	メディカルセットB	330円 (税抜300円)			
3	肌着(オプション)	55円 (税抜50円)			
4					
5					
6					

※ メディカルセット商品が必要な際はいつでも、病院スタッフまでお声がけをお願いします。
 ※ セット内容は、病状に合わせて選定しご利用頂きます。詳しくは別紙・商品内容一覧をご覧ください
 ※ 別紙・商品内容に記載の使用枚数は目安となります。患者様のご容態により使用枚数が増減しても料金は変わりませんので、予めご了承ください。
 ※ 万一、レンタルした商品にご記名等や破損・故障等を当社で確認した時には、弁償又は修理代等を申し受けさせて頂く事がございますので、予めご了承ください。
 ※ ご請求の計算は1日単位となっております。ご入院日からご退院日までがご請求の対象となります。
 ※ お申込時に頂いた個人情報、リース業務運営の為にのみを使用し、第三者への開示・提供は致しません。枠内のご記入をお願い致します。

施設名: 三和病院 申込日: 〇〇年 〇月 〇日
 病棟名: 使用開始日: 〇〇年 〇月 〇日
 病室番号: 使用解約日: 〇〇年 〇月 〇日
 ID: 受付担当者:

○商品の説明に同意し、記入商品のレンタルを希望します。

(フリガナ) (イガヤ タロウ)
 利用者様名 伊賀屋 太郎 (印)
 郵便番号 277 - 0053 千葉県柏市酒井根 2-3-14
 住所
 TEL 04 (7170) 9833

(フリガナ) (イガヤ ハナコ)
 ご家族様名 伊賀屋 花子 (印)
 (ご請求先)
 郵便番号 277 - 0053 千葉県柏市酒井根 2-3-14
 住所
 TEL 04 (7170) 9833
 携帯電話 090 (0000) 0000

IGA-YA株式会社
 〒277-0053 千葉県柏市酒井根2-3-14
 TEL:04-7137-9277 FAX:04-7137-9288

新規に『○』を記入して下さい

ご利用を希望される商品名の番号に『○』を記入して下さい
 ※ 実際の商品名や内容および価格は別途資料をご参照ください

申込日、使用開始日をご記入ください

退院または解約時に職員が記載するため空欄でお持ちください。

利用者ご本人様の情報をお書きください
 (押印またはサイン必須)

ご請求書を発送する送付先の情報をお書きください
 (押印またはサイン必須)