

入院セットサービス 申込書の書き方

※太枠内はすべて**ボールペン等消えないペン**でご記入いただきますようお願いいたします。

小山メディカルサービス株式会社 九州営業部 御中

1							
---	--	--	--	--	--	--	--

サービス申込書兼契約書

※弊社記入欄

利用される方(ご利用者)は裏面の【利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、ご同意ください。

利用される方のお名前をご記入ください。

病院名 **くまもと県北病院**

①太枠内を「ボールペン等(消せないもの)」でご記入下さい。

ご利用者情報(お申込日・お名前・押印・生年月日・性別は必須)

お申込日	2024年1月1日	ID	病棟	部屋	号室
フリガナ	コヤマ	タロウ			
姓	小山	名	太郎		
性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>				

お支払いされる方のお名前をご記入ください。

ご契約者(お支払者) 生年月日 大昭平西暦 1950年9月

1枚目の①弊社控に必ず捺印をお願いします。

フリガナ	コヤマ	ハナコ			
姓	小山	名	花子		
生年月日	大昭平西暦 1950年1月5日	ご利用者との関係			
住所	〒630-8131	建物名、部屋番号もご記入ください。			
都道府県	奈良	市区郡	大森町47番地の3 小山ハイツ101号		
自宅電話	0742-22-4321	携帯電話	090-1111-1111		

契約者様ご自宅の住所をご記入ください。請求書をご送付先にお送りいたします。電話番号も必ずご記入ください。

※請求書送付先が異なる場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先	〒 - 建物名、部屋番号もご記入ください。
・保険会社 ・成年後見人等	都道府県 市区郡 保険会社名・成年後見人等
ご連絡先	(日中つながる連絡先) -

請求書送付先が上記住所と異なる場合はこちらにご記入ください。例：保険会社・代理人への請求など。

②「ご利用開始日」の記入と、ご利用されるプランの欄に☑を記入してください。

ご利用開始日	2024年1月1日	利用開始日は必ずご記入ください。					
チェック欄	プラン名	日額単価(税込)	備考	チェック欄	プラン名	日額単価(税込)	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	病衣・タオル プラン	400 円	日用品付	<input type="checkbox"/>	紙おむつA プラン	650 円	
<input type="checkbox"/>	病衣 プラン	180 円		<input type="checkbox"/>	紙おむつB プラン	380 円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	

ご利用のプランに必ずチェックを入れてください。

- ・プラン内容、請求・支払い方法については、サービス案内のパンフレットをご覧ください。
- ・ご利用者の状態に応じて、看護師の判断により、サービスの利用期間及び内容を変更する場合があります。
- ・プラン変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら、病院窓口もしくは弊社までお問い合わせください。
- ・利用料金の支払を遅延したときは、本契約は解除される場合があります。
- ・申込書控えは大切に保管してください。

病院・施設様用備考欄

■運営管理会社(個人情報問合せ窓口)
小山メディカルサービス株式会社
 〒862-0910 熊本県熊本市東区健軍本町1-1 拓洋ビル5F
 (電話) 0120-332-778 (FAX) 0120-332-315
 《受付時間》9:00~17:00 月~金曜日(祝祭日、年末年始、お盆を除く)

①弊社控(お申込時)