

リース・おむつセット申込・解約書

この度は、お申込みいただき誠にありがとうございます。
以下の内容を一読いただき必要事項にご記入ください。

私は、下記の事項を承諾し、株式会社 天児屋の
「リース・おむつセット」の利用を同意します。

1. 契約は、患者様と病院指定委託業者（株式会社 天児屋）との契約になります。
2. リース・おむつセットの選定は看護師の意見を参考にお申込みください。
3. 患者様の状態により入院セットの変更、必要な物品の利用をお願いすることがあります。
(後日の説明となることがあります)
4. ご請求は月末締めでご利用の翌月、3日前後に郵送させていただきます。
お支払いは、現金または振込でお願い致します。現金でお支払いされる場合は、
和田病院1階・会計窓口でお願いします。

※リースセット・おむつセットには消費税が別途掛かりますので予めご了承ください。

※入院会計とは別のお支払いとなります。

※振込みによるお支払い手数料は、患者様のご負担となります。

看護師記入欄	リースセット	Aプラン	日額902円(税込)	おむつセット	Dプラン	日額902円(税込)
		Bプラン	日額902円(税込)		Eプラン	日額902円(税込)
					Fプラン	日額330円(税込)
	リース3日間セット	リース料金	2,750円(税込)		Gプラン	日額638円(税込)
					衣類サイズ	M L LL

リース3日間セット 令和 年 月 (希望の方のみチェック)

請求書の送付先に○をして下さい。

請求書送付先	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> 保証人	<input type="checkbox"/> ご利用者様が高齢者や独居の場合は保証人様宛に送付します。		
ご利用者様記入欄					
ふりがな			生年月日	年	月 日
利用者名					
ふりがな					
住所	〒	—			
		都・道・府・県			
連絡先	ご自宅	()	—	携帯	() —
保証人様記入欄					
ふりがな			続柄		
保証人名					
ふりがな					
住所	〒	—			
		都・道・府・県			
連絡先	ご自宅	()	—	携帯	() —

リース・おむつセットを利用することを承諾し申し込み致します。開始日 令和 年 月 日
リース・おむつセットを解約致します。終了日 令和 年 月 日

①天児屋用②患者様用③天児屋用④患者様用