

記入例

No. _____

入院セット利用申込書 兼 同意書

入院セットは、ワタキューセイモア株式会社との直接契約となります。
 契約者様控裏面の内容と個人情報の取り扱いについて同意のうえ①～③をご記入ください。

申込日	2000年 00月 00日	病棟	00	病室	000
-----	---------------	----	----	----	-----

① 利用者様のお名前をご記入ください。

フリガナ	ワタキュー		タロウ	
利用者	姓	綿久	名	太郎
利用者生年月日	西暦	1962年 7月 17日		

② 請求書の送付先となりますので、下記の項目全てをご記入ください。

フリガナ	ワタキュー		ハナコ		印
契約者	姓	綿久	名	花子	サインでも可
住所 (請求書送付先)	〒	047-0198	北海道	小樽	市
	町村名・番地以降 (アパート名・マンション等の部屋番号もご記入ください。)				
連絡先	第一連絡先		第二連絡先		
	0120 - 102 - 606		- -		
新光5丁目13-3 ワタキューセイモア株式会社 北海道支店					

③ ご希望の商品の利用開始日をご記入ください。

○基本セット (選べるセット+私物洗濯+消耗品がついてお得なセット)

希望商品	商品名	単価 (税別)	請求金額	利用開始日
<input checked="" type="checkbox"/>	患者衣・バスタオル・フェイスタオル オシボリ・私物洗濯・消耗品	¥720 /日	¥792 (税込) /日×契約日数	00月 00日より

○選べるセット

<input type="checkbox"/>	患者衣のみ	¥240 /日	¥264 (税込) /日×契約日数	月 日より
<input type="checkbox"/>	バスタオルのみ	¥200 /日	¥220 (税込) /日×契約日数	月 日より
<input type="checkbox"/>	フェイスタオルのみ	¥160 /日	¥176 (税込) /日×契約日数	月 日より
<input type="checkbox"/>	おしぼりのみ	¥120 /日	¥132 (税込) /日×契約日数	月 日より

○紙オムツセット

<input checked="" type="checkbox"/>	紙オムツAセット テープ止めオムツ・リハビリパンツ・尿取りパッド いずれかまたは、組み合わせでお使いの方	¥500 /日	¥550 (税込) /日×契約日数	00月 00日より
<input type="checkbox"/>	紙オムツBセット リハビリパンツ・尿取りパッド いずれかまたは、組み合わせでお使いの方	¥300 /日	¥330 (税込) /日×契約日数	月 日より

○テレビ・冷蔵庫セット

<input checked="" type="checkbox"/>	テレビ・冷蔵庫セット	¥350 /日	¥385 (税込) /日×契約日数	00月 00日より
-------------------------------------	------------	---------	-------------------	-----------

※変更・追加・解約の場合は別紙「変更・解約申込書」へ再度ご記入をお願いします。

□ 医療機関・施設

社会医療法人孝仁会 札幌第一病院

□ 医療機関・施設指定業者及び

運営管理・セットお問合せ先
ワタキューセイモア株式会社 北海道支店

〒047-0198 小樽市新光5-13-3

TEL 0120-102-606

ご連絡の際は、病院名をお知らせください。

【受付時間9:00~17:00土日祝除く】

FAX 042-774-5111

【備考】セットレンタルご利用について申送り事項などがあればご記入ください。