

--	--	--	--	--	--

※弊社記入欄

紙おむつ定額セットサービス利用 申込書兼契約書

私(ご利用者及びご契約者)は【紙おむつ定額セットサービス利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、同意の上で申し込みます。(裏面または別紙添付用紙をご確認ください)

病院名	済生会熊本病院	確認欄	同意の上、申し込みます。 <input type="checkbox"/>
-----	---------	-----	---------------------------------------

※同意いただけない場合は、お申込みできません。

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・性別・生年月日は必須)

お申込日	年 月 日	ID	病棟	部屋	号室
フリガナ					性別
ご利用者 (入院患者様)	姓	名			男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日			

ご契約者情報(ご利用者と同じ場合 お名前は「同上」可。申込者印は必要。生年月日・住所・電話番号は必須。)

フリガナ				申込者
ご契約者 (お支払者)	姓	名		<input type="checkbox"/>
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	ご利用者との続柄	
住 所 (お支払者)	〒 -	都道府県	市区郡	建物名、部屋番号もご記入ください。
自宅電話	- -	携帯電話	- -	

※ご契約者以外がお支払いをされる場合や、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 ・保険会社 ・成年後見人等	〒 -	都道府県	市区郡	
	(保険会社等の名称・〇〇様方)			
ご連絡先	電話	- -	担当者	様

②「ご利用開始日」の記入をしてください。

ご利用サービス

利用開始日	年 月 日	サービス名	日額単価(税込)	備考
		紙おむつ定額 サービス	495円	

- ・プラン内容、請求・支払い方法については、紙おむつ定額セットサービス案内のパンフレットをご覧ください。
- ・ご利用者の容態に応じて、看護師の判断により、本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。
- ・本サービス利用料の支払を遅延したときは、本契約は解除される恐れがあります。
- ・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 九州営業部
〒862-0950 熊本県熊本市中央区水前寺6丁目51-24 SUMITANビル2F
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)