

利用申込書・同意書

(株) 三和企商 殿

私、身元保証人兼連帯保証人は、タオルリース、病衣リース（洗濯・消毒）及び私物洗濯、紙おむつセットを患者本人が利用、その他の衛生管理業務を貴社に委託し、委託料を支払う事に同意いたします。又、貴社との契約他、業務取り扱いに関しては、東所沢病院が代行することに同意いたします。

委託内容

<input type="checkbox"/> タオルリース料	880 円(税込)
<input type="checkbox"/> タオルリース料 病衣リース料	990 円(税込)
<input type="checkbox"/> 病衣リース料	330 円(税込)
<input type="checkbox"/> 私物洗濯料	1,100 円(税込)

※タオルリース料及び病衣リース料は入院日数×セット料金
※私物洗濯料は1回につき
※紙おむつセットは入院日数×セット料金

<input type="checkbox"/> 紙おむつセット A	576 円(税込)
<input type="checkbox"/> 紙おむつセット B	921 円(税込)
<input type="checkbox"/> 紙おむつセット C	1,260 円(税込)
<input type="checkbox"/> 紙おむつセット D	1,575 円(税込)

※臨時使用や公費患者様は請求金額が異なりますので、別途ご案内いたします。
※病状によりセット内容が変更になる場合がございます。

別途販売品について

※上記以外で、歯ブラシやティッシュペーパーなど個別に希望される方は、1F 窓口でご相談ください。

申し込み日

ID: _____

年 月 日

病棟: _____

フリガナ
患者様氏名

【請求書送付先】

フリガナ
身元保証人兼連帯保証人①
(患者様との続柄: _____)

印

住所

電話番号

フリガナ

身元保証人兼連帯保証人②
(患者様との続柄: _____)

印

住所

電話番号

注：患者様ご本人が支払い責任者の場合、続柄の欄は「本人」とご記入ください。
注：このサービスに係る個人情報、当該サービスの運営以外に使用することはありません。

(三和企商 控え)