

入院用品レンタルセット 申込書

商品名	日額利用料(税込)	申込記入欄	備考
Aセット	667円(733円)		
Bセット	505円(555円)		
Cセット	476円(523円)		
オプション	日額利用料(税込)	申込記入欄	備考
OP1 バスタオル(白)	200円(220円)		2枚/週
OP2 フェイスタオル(白)	120円(132円)		1枚/日
OP3 オシボリタオル(ウェット)	240円(264円)		3枚/日
OP4 寝巻き(浴衣 or 甚平) 又はトレーナー	300円(330円)		2枚/週
OP5 肌着(フリーサイズ)	120円(132円)		2枚/週

*患者様の病状にあったセットをお選び下さい。


*申込みの際は上記申し込み記入欄に○印を記入してください。

*お支払は、請求書同封のコンビニ決済用紙にてコンビニエンスストアでのお支払いをお願い致します。

*セット内容につきましては別紙(セット内容書)をご参照下さい。

*返却時に万一破損等がありました場合、弁償金等申し受けさせていただく事がございますので、予めご了承願います。

*このサービスに係わる個人情報、当該サービスの運営以外に使用することはございません。

施設名：  医療法人 くぼじまクリニック	F 入院日 年 月 日
フリガナ	
患者様氏名	(印)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才) 男・女
住所	〒
電話番号	— —

フリガナ	
ご家族様名 お支払義務者様名	(印) (続柄)
住所	〒
電話番号	— —

ご利用開始日 年 月 日

申込受付者

株式会社東基 請求代行 有限会社アイム 〒331-0823 さいたま市北区日進町3-439-1

TEL : 048-662-6110 FAX : 048-653-2234