

療養セットリース申込書

株式会社 タ イ 苑

HP.No4

私は、以下のサービスを申し込みます。

療養セットリース 1日 1,100円 (税込価格)

_____ 病棟 _____ ご利用開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ ^{フリガナ}ご利用者様氏名 _____ (印)

※ 療養セットリース内容 (下記の中から必要な物を状態に応じて使用していただきます)

衣類等 タオル類・シャツ・パンツ
療養着 (上下スウェットタイプ、浴衣タイプ)・靴下
消耗品 リンスインシャンプー (ドライシャンプー)・ボディソープ
ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・歯ブラシ・歯磨き粉
義歯洗浄剤等口腔環境衛生物品
日用品 コップ類・食事用エプロン等

_____ 保証人様氏名 _____ (印)

_____ ご利用者様との続柄 (_____)

ご住所 〒 _____ 都 道 区 市
_____ 府 県 群

_____ お電話番号 _____

※本申込書において、保証人様が支払いの責任を負う上限額は20万円になります。

_____ 請求書送付先様氏名 _____ (印)

_____ ご利用者様との続柄 (_____)

ご住所 〒 _____ 都 道 区 市
_____ 府 県 群

_____ お電話番号 _____

お支払い方法については、次の中からお選びください。(番号に○を入れてください)

- ① 病院窓口 ② 銀行振込 ③ 郵便振替 ④ 口座引落

(※上記2、3の振込手数料はお支払い者様ご負担となりますので、ご了承ください)

お問い合わせは (株) タ イ までお願い申し上げます。

電話番号 072-753-4300 FAX 072-753-4340

※個人情報の保護に関する法律を遵守し、記入いただいた個人情報は、弊社業務以外には使用しません。