

申 込 書

株みとも商会様

私は、羽村三慶病院に入院後、衣類タオル等のレンタルに関する業務を貴社に委託し、月末締めのレストラン料金の請求額（下記使用内容による請求書）を貴社代行の病院窓口又は、貴社指定口座へ支払う事について同意し、申し込み致します。

レンタル用品一覧

(令和5年4月より)

※お申込の際は、申込欄に「○」又は「×」をお願い致します。

申込欄	No.	品 名		価格(税込)	利用単位
○	1	入浴 セット	① タオルケット (ブルー) フェイスタオル (ピンク)	¥770	1回
			② バスタオル (ピンク) フェイスタオル (ピンク)		
○	2	寝巻	① ガウンタイプ オールシーズン用 M (グリーン)・L (ブルー)	¥110	1日
			② セパレートタイプ 薄手生地 S (ピンク)・M (グリーン)・L (ブルー)		
			③ セパレートタイプ 厚手生地 S (ピンク)・M (グリーン)・L (ブルー)		
○	3	タオル セット	顔ふき (アイスグリーン) おしぼり (白生地に柄入り)	¥275	1日
	4	食食用 エプロン	長いタイプ (柄入り)	¥198	1日
	5	日中着 セット	オールシーズンタイプ 上下 S (ピンク)・M (グリーン)・L (ブルー)	¥440	1日
	6	肌着	前開きボタン (白) M・L	¥143	1日
	7	靴下	M (ベージュ)・L (グレー)	¥66	1日
	8	テレビ	設置型 (下記※をご了承の上、お申込ください)	¥220	1日

※1.テレビを設置するまでお時間を頂く場合がございます。

※2.テレビの設置は土・日・祝日は対応しておりません。

ご契約の品物が、入院中の患者さまの身体状況に不適合等の理由で、契約の変更・解除のご希望がある場合は、病棟職員にお問い合わせください。その後、病院窓口にて、『変更・解除申請書』にてお申込になります。お申し出がない場合は、本契約内容でのご請求となりますのでご了承ください。

ご契約についてご不明な点は、病院窓口へお問い合わせください。

尚、お支払につきましては、月末締め、請求月の翌月末日までをお願い致します。

契約書 兼 同意書

左記内容について申し込みに同意し、契約致します。

医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院

入院日：令和 年 月 日

○記入は自署でお願い致します。自署が困難な場合は、保証人が患者氏名を代筆ください。

契約者情報

フリガナ	
患者氏名 (自署)	
住 所	郵便番号 ー
電話番号	

保証人

フリガナ		続柄	
氏 名 (自署)			
住 所	郵便番号 ー		
電話番号			

請求書送付先

上記、(患者 ・ 保証人) の氏名及び住所へご郵送ください。

※上記住所以外の住所へ送付希望の方は、下記へご記入ください。

フリガナ	
氏 名	
住 所	郵便番号 ー
電話番号	

病院・みとも商会 連絡欄

--