入院セット利用終了届

病 院 控 ④

株式会社 ディーズコーポレーション　御中

この度、野上病院に入院するにあたり、リースセットの利用について予めその内容の説明を受けて納得いたしました。入院中、病状等により、又は治療上必要と判断した際にはセット内容の変更をする場合があることを承諾いたします。

申込欄 （ **申込欄の該当する項目に○を付けて下さい。**）

	入院セット（500円）	日額	500円
	入院セット（500円） ＋ 紙おむつA（650円）	日額	1150円
	入院セット（500円） ＋ 紙おむつB（380円）	日額	880円

（ 消費税込み ）

※紙おむつのみを申し込みすることはできません。
※紙おむつを使用中の方で入院セットのみを、申し込みすることは出来ません。
※上記金額はご利用開始日から中止になるまでの期間(日数×1日単価)で発生します。
(着替えの回数でカウントするものではありませんので予めご了承ください。)

ご利用開始日　　年　　月　　日

①	フリガナ			印又はサイン	生 年 月 日
	ご 利 用 者 氏 名	姓	名	印	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	住　所	〒(　　－　　)			
	電 話 番 号				

②	フリガナ			印又はサイン	生 年 月 日
	連 帯 保 証 人 氏 名	姓	名	印	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	住　所	〒(　　－　　)			続柄
	電 話 番 号				

※連帯保証人は、利用者が本契約上負担する一切の債務を極度額50万円の範囲内で保証する。

請求書送付先	ご利用者様 ・ 連帯保証人・下記住所 ※該当する項目に○をつけて下さい。

生活保護受給
有 ・ 無

〒(　　－　　)

住　所　：

氏　名　：　　(続柄：　　)

電 話 番 号：

※　請求書発行手数料として　110円 / 1通が請求額に加算されます。
※　請求書は毎月末日に締切り、翌月中旬に送付いたします。
※　(請求書がお手元に届いた日から5日以内に同封の振込用紙にてお支払いください。)
※　この申込書の情報については、他の目的で使用しません。
※　ご利用料金が2カ月間未納の場合、商品の提供を中止します。

ご利用終了日　　年　　月　　日