

# 入院セット申込書

今回の入院におかれまして、入院セット等を希望される場合は、下記の入院セット申込書の記入をお願いします。

① 申し込まれるセットの箇所の口にチェック(☑)を入れて下さい。

セット名	チェック欄	リース項目	金額
Aセット	<input type="checkbox"/>	フェイスタオル・バスタオル・寝巻	1日につき 310円(税別)
Bセット	<input type="checkbox"/>	フェイスタオル・バスタオル	1日につき 259円(税別)
Cセット	<input type="checkbox"/>	フェイスタオル・バスタオル・介護つなぎ	1日につき 412円(税別)

② 追加オプションを申し込まれる場合は該当箇所の口にチェック(☑)を入れて下さい。

オプション名	チェック欄	項目	金額
オプション①	<input type="checkbox"/>	私物ネット洗濯サービス	1回につき 600円(税別)
オプション②	<input type="checkbox"/>	とろみ剤(とろみエール 330g)	購入につき 1,350円(税別)
オプション③	<input type="checkbox"/>	とろみ剤(とろみエール(スティックタイプ) 2.5g×30本)	購入につき 550円(税別)
オプション④	<input type="checkbox"/>	洗口液(モンダミン 700ml)	購入につき 920円(税別)
オプション⑤	<input type="checkbox"/>	吸引付き歯ブラシ(吸引くるりーナブラシ ミニ)	購入につき 660円(税別)
オプション⑥	<input type="checkbox"/>	吸引付き歯ブラシ(吸引ブラシ)	購入につき 520円(税別)
オプション⑦	<input type="checkbox"/>	口腔ケアジェル(バイオティーン 42g)	購入につき 1,570円(税別)

※ 上記入院セット等は、申込日当日からご利用できます。

請求期間については、退院日及び解約日の前日までを ご利用期間として請求いたします。

医療法人 若葉会 西条中央病院 殿

上記のとおり、被服類・日用品等のリースを希望しますので申し込みを致します。

申込日 令和 年 月 日

患者氏名

住 所

電 話 番 号

保証人氏名

印

住 所

電 話 番 号