

契約者 控	入院セット 利用申込書		☐ S
	入院セットは株式会社 増田医科器械との契約です		地域
↓チェックのうえ、申込書記入におすすみください。			
☐ 私は〈入院セットレンタル 約款〉、〈個人情報の取り扱いに関する同意〉を 十分理解した上で、入院セットの利用を申し込みます。※契約者控裏面に掲載			
記入日	年	月	日
病棟		患者ID	

ご利用者様	氏名	フリガナ		生年月日	大正	昭和	平成	令和	性別	☐ 男
		姓	名		年 月 日					☐ 女
	ご住所				都 道 府 県	市区郡				
		町村・番地				建物名・部屋番号				

請求書送付先	氏名	フリガナ		ご利用者様との続柄	性別	☐ 男	
		姓	名			☐ 女	
	ご住所				都 道 府 県	市区郡	
		町村・番地				建物名・部屋番号	
	TEL	第一連絡先(必須) ※普段連絡のつく携帯電話など		第二連絡先 ※自宅など			
支払方法の選択 →→→ ご希望の方に✓をお願いします		☐ 払込票にてお支払い		☐ 口座振替にてお支払い			

申込内容	プラン名	一日単価(税込)	利用開始日	備考欄
	手ぶら入院セット	¥ 4 0 0	月 日	
	おむつプラン①	¥ 4 9 0	月 日	
	おむつプラン②	¥ 3 0 0	月 日	
	おむつプラン③	¥ 3 0 0	月 日	

※紙おむつプランは、ご容態に応じてプラン変更する場合がございます

お客様窓口 フリーダイヤル 0800-080-5873 《受付時間》9:00～17:00（土日祝、年末年始除く）