

階病棟	ID
-----	----

(入院日) 20 年 月 日

病院記載欄

委託依頼書(兼)誓約書

阪神リハビリテーション病院へ入院するに際し、日常生活用品に関する「リース」「洗濯」などのサービスを、貴社へ委託します。また、委託に際して、下記の事項について誓約いたします。

記

1. リース委託期間は、入院日から退院日とします。
2. 料金は、1日又は1回当たりの金額とし、使用開始日より発生とします。
3. 利用者の「症状」「状態」などに応じて、リースプランの変更に応じます。
4. 私物洗濯を希望した場合、専用ネットを受け取ります。(契約終了時に、貴社へ返却いたします。)
5. リース、私物洗濯の支払いは、請求を受けた都度、期限内に支払いを行い、本人(家族)及び保証人の連帯責任において、一切貴社にご迷惑をかけません。

※連帯保証人様極度額(責任を負う上限額)500,000円(税別)

以上

利用者さま(入院患者さま)		ご住所	
フリガナ	〒	-	
(印)			
明・大・昭・平 年 月 日生	電話番号 ()	-	
連帯保証人さま		ご住所	
フリガナ	〒	-	
(印)			
利用者さまとのご関係 ()	電話番号 ()	-	

※ ご希望のプランをチェックしてください。(金額はすべて税込表示です)

設備使用料	基本①	550円/日	
-------	-----	--------	--

タオル 消耗/日用品	基本②	440円/日	
---------------	-----	--------	--

オムツプラン	Aプラン	880円/日	
	Bプラン	660円/日	
	Cプラン	550円/日	
	Dプラン	330円/日	
	Eプラン	220円/日	

リハビリウェアー	Fプラン	385円/日	
----------	------	--------	--

病衣	Gプラン	220円/日	
----	------	--------	--

タオル	Hプラン	330円/日	
-----	------	--------	--

消耗/日用品	Iプラン	220円/日	
--------	------	--------	--

肌着	Jプラン	220円/日	
----	------	--------	--

私物洗濯ネット	1ネット	880円/回	
---------	------	--------	--

注) 患者さまの症状や状態などを考慮した上で、最適なプランを病院側が決定いたします。

注) リースとは別に、私物洗濯ネットをご希望される場合は、チェックしてください。

患者様記載欄