

アメニティセット申込書（兼同意書）

当院では、患者様がご入院中に必要とされる「紙おむつ」のレンタルを専門業者により導入しております。
同レンタルは①院内での衛生管理・環境整備のさらなる徹底

②患者様へのサービス向上とご家族への労力負担の軽減を目的としています。

ご入院の際には、申込書兼同意書に記入しお申込みをお願いいたします。

【紙おむつセット】			
タイプ	ご利用内容	1日当りの金額	
☐ A	【テープ式・パンツ式 両方使われる患者様】 ○紙おむつ〔パンツ式・テープ式・尿取りパッドの中で必要なもの〕 おしりふき	690円 (税込759円)	×利用日数
☐ B	【テープ式を使用される患者様】 ○紙おむつ〔テープ式・尿取りパッドの中で必要なもの〕	640円 (税込704円)	×利用日数
☐ C	【パンツ式を使用される患者様】 ○紙おむつ〔パンツ式・尿取りパッドの中で必要なもの〕 おしりふき	370円 (税込407円)	×利用日数
☐ D	【尿取りパッドのみ使用される患者様】 ○尿取りパッド おしりふき	270円 (税込297円)	×利用日数

患者様の紙おむつのご利用状況により病棟スタッフが毎日タイプを決定・変更・中止することに同意します。

※ご確認の上、○をご記入ください。

お支払い時にご利用料金とは別に払込手数料をご負担いただきます。

株式会社アメニティ

ご記入日 20 25 年 12 月 31 日

お申込み記入欄				●私はアメニティセットの利用にあたり、裏面記載内容を確認し申し込いたします。 ●私は契約者の同意を得て本書面の記入を代筆いたします。(契約者様と代筆者様が異なる場合)					
ご利用開始日		20 年 月 日		←ご利用を開始する日を必ずご記入ください。					
病棟		病室		←					
利用者様	フリガナ	カゴリ	カヲ	フリガナ	カゴリ	カヲ	フリガナ		
	姓	小郡	名 太郎		姓	小郡		名 太郎	
下記 右の契約者様と代筆者が異なる場合のみご記入ください。									
代筆者様	フリガナ	カゴリ	ハコ	契約者様(ご請求書送付先)	携帯電話	090-9876-5432	固定電話	0942-123-123	
	姓	小郡	名 花子		〒	838-0141	福岡	都道府県	
	携帯電話	090-1234-5678	固定電話		0942-123-123	住所	小郡市小郡1-1-1		
	契約者との関係	妻			利用者との関係	本人			

