

リース申込書兼同意書

医療法人若葉会 堺若葉会病院 御中

堺若葉会病院における入院期間中において、療養に必要な物品の説明を受けて、下記リースを申込みの上支払いに同意いたします。

尚、病態により、使用状況が変更になった場合は、貴院に一任します。

記

申し込みセットに○を付けてください。

チェック欄	セット	日 額 (税抜き)
	A セット	693 円
	B セット	1,320 円

申込日 年 月 日

本 人	ふりがな		性別	男・女
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)		
	住所			
	電話	携帯電話		
	勤務先	電話番号		
	保護者氏名 (患者が未成年の場合)			
保 証 人	氏名	Ⓜ 続柄 ()		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)		
	住所			
	電話	携帯電話		
	勤務先	電話番号		

リース申込書兼同意書

医療法人若葉会 堺若葉会病院 御中

堺若葉会病院における入院期間中において、療養に必要な物品の説明を受けて、下記リースを申込みの上支払いに同意いたします。

尚、病態により、使用状況が変更になった場合は、貴院に一任します。

記

申し込みセットに○を付けてください。

チェック欄	セット	日 額 (税抜き)
	A セット	693 円
○	B セット	1,320 円

どちらかに○印を
お願いします

申込日 2021 年 2 月 10 日

入院日を記入してください

本 人	ふりがな	わかば はなこ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	若葉 花子		
	生年月日	明・大・昭・平 50 年 1 月 1 日生 (46 才)		
	住所	大阪府堺市北区新金岡町 4-1-7		
	電話	072 - 255 - 1001 携帯電話 - -		
	勤務先	電話番号		
	保護者氏名 (患者が未成年の場合)			
保 証 人	氏名	若葉 太郎	続柄 (夫)	
	生年月日	明・大・昭・平 48 年 12 月 31 日生 (44 才)		
	住所	大阪府堺市北区新金岡町 4-1-7		
	電話	072 - 255 - 1001 携帯電話		
	勤務先	堺若葉会病院 電話番号 072 - 255 - 8008		