

CSセットは株式会社エランとの契約です

①

A. 入院/入所費とは別のお支払いのため、利用終了後に株式会社エランより請求書を発送いたします。  
 B. 利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付することがあります。  
 C. 利用料金 = 日額 × 利用日数(開始日から終了日までの全日数)となります。  
 D. 利用日数には、入院/入所日(開始日)と退院/退所日(終了日)も1日と数えます。  
 E. ご容態や状況により、病院/施設の判断で利用プランを変更・追加する場合があります。  
 F. 別紙、【個人情報の取り扱いについて】を確認しご同意いただく必要があります。

私は、上記A～Fを確認し十分に理解したうえで、CSセットの利用を申し込みます。  
 ↑ チェックのうえ、申込書記入にお進みください。

② 記入日  年  月  日

私は、CSセットの利用にあたり、利用するサービスに関する利用規約と個人情報の取り扱いについて同意のうえ、利用申込を行います

③ ご利用者様

氏名	フリガナ	生年月日	明治	大正	昭和	平成	令和	性	男性
	姓		名	年	月	日	別	女性	

※契約者が未成年者の場合、申込について等、確認のご連絡をする場合があります。

④ ご契約者様

氏名	フリガナ	印又はサイン	生年月日	明治	大正	昭和	平成	性	男性
	姓			名	年	月	日	別	女性
住所(請求書送付先)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都	道	市区郡				
	町村名・番地		府	県	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			
		-			-				

⑤ 申込内容

商品コード	商品名	1日単価(税込)	利用開始日	備考欄
17396	Aプラン	¥ 396	月 日	
17397	Bプラン	¥ 264	月 日	
17398	紙おむつプラン①	¥ 418	月 日	
17399	紙おむつプラン②	¥ 275	月 日	
17400	紙おむつプラン③	¥ 275	月 日	
17401	1泊入院プラン	¥ 770	月 日	
17402	口腔ケアオプション	¥ 44	月 日	
84666	テレビ冷蔵庫プラン	¥ 330	月 日	

⑥ その他

病棟/フロアーに○をつけてください	利用区分	新規・再利用・S
3階病棟 4階病棟	I D	
	受付担当	