

エラン控

CSセット利用申込書

CSセットは株式会社エランとの契約です

- ① A. 開始日から終了日までの全日数分の料金が発生します ⇨ 配布の有無に関わらず、日額定額制です。
 B. 退院日/退所日も請求に含まれます ⇨ 午前の退院/退所でも、24時を過ぎた時点で日額計算対象となります。
 C. 病院/施設でのお支払いはいただけません ⇨ お申込み時に選択した方法で請求されます。
 D. 月ごと(月末締め)のご請求です ⇨ 請求書は、翌月中旬 又は 利用終了後、2週間程度でお届けになります。
 E. 利用プランを変更する場合があります ⇨ ご容態や状況により、病院/施設の判断で行う場合があります。
 F. 個人情報の取扱いについて ⇨ 別紙、[個人情報取扱いについて]を確認し同意します。
- 私は、上記A～Fを確認し、十分理解しCSセットの利用に申込します。
 ↑ 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 利用者様

フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	性	男性
氏名	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 契約者様

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
氏名	印	年 月 日		別	女性
住所(請求書送付先)	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
3148	Aプラン	¥	月 日	
3149	Bプラン	¥	月 日	
3150	紙おむつプラン①	¥	月 日	
3151	紙おむつプラン②	¥	月 日	
5530	転倒予防シューズ(オプション)	¥	月 日	
		¥	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
3F 4F 5F	I D	
	受付担当	