

※太字の箇所を記入してください（リース申込書・停止同意書は希望する方に署名をお願いします）

ID : _____

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名

(患者氏名) _____ :

テレビリース申込書

イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院 殿

私は、上記の利用者が貴病院に入院中、テレビリース代に係る料金の説明を受け、内容を承諾の上、_____年 _____月 _____日からの利用にて申し込み致します。私は、テレビリースの利用に際し、利用料金を毎月支払うことをお約束致します。

テレビリース代 330円/日 (税込)

申込者氏名	
-------	--

※テレビリース代につきまして、継続利用の患者様は視聴の有無に関わらず1日分の料金を徴収致します。(日ごとの申し込みの変更はできません)
※テレビリース代の請求は、入院費の請求に含ませていただきます。(毎月15日前後)

テレビ機器使用停止同意書

私は、テレビリース代に係る説明を受けましたが、上記の利用者は貴病院入院中においてテレビリースを必要としないため、テレビ機器の使用を_____年 _____月 _____日から停止することに同意致します。

同意者氏名	
-------	--

※入院中に改めてテレビリースを申し込まれる場合は、1階正面受付までお越しく下さい。

尚、ご不明な点などございましたら、1階正面受付またはお電話にてお問い合わせください。

《お問い合わせ時間》 平日 9:00~17:30 / 土曜日 9:00~12:30