

# 衣類貸与申込・同意書

★入院中、衣類等につきまして、院内感染防止の観点より病院指定の物を使用させていただきます  
ご自身でご用意いただくことも可能ですが、  
術前後の看護にの状態により、変更させていただく場合もあります。

★衣類の貸与をご希望の方は、この用紙にご記入の上1階受付にてお申込み下さい。

★使用、未使用に関わらず、契約期間中は開始日から1日あたりの料金を頂きます。  
但し、①解約日 ②退院日はご請求対象外といたします。

★衣類の院外への持ち出しは出来ません。  
返却されなかった場合、衣類費用の実費分を頂くことがございます。

セットの種類	内容	使用目安	料金
Aセット	バスタオル1枚・フェイスタオル1枚	1回/日	250円(税抜)/日
Bセット	患者衣・術衣 ( S・M・L・LL )	適宜交換	250円(税抜)/日
Cセット	患者衣・術衣 ( S・M・L・LL ) バスタオル2枚・フェイスタオル1枚	適宜交換 1回/日	500円(税抜)/日

※上記セットの金額には、下記の品物が含まれています。  
歯ブラシ(粉付)・コップ・おてふき3本・ポケットティッシュ

高瀬クリニック院長 殿

私は、下記のとおり、衣類の貸与を申込み、料金を支払うことに同意します。

申込日：平成          年          月          日

<input type="checkbox"/> Aセット <input type="checkbox"/> Bセット <input type="checkbox"/> Cセットを使用します。 サイズ ( S・M・L・LL ) <input type="checkbox"/> セットを使用しません。  月          日          から	貸出担当者 /
--	------------

氏名(患者本人) \_\_\_\_\_ 印

同意者署名 \_\_\_\_\_ 印          続柄(          )

(患者様ご本人の署名が有る場合、同意者の方の署名は不要です。)

	担当者	患者/同意者
<input type="checkbox"/> Aセット <input type="checkbox"/> Bセット <input type="checkbox"/> Cセットに変更します。  月          日から	/	
<input type="checkbox"/> 月          日で解約します。	/	