

洗濯込み衣類リースのご案内

日頃は、弊院の運営に関しまして、ご理解とご協力を賜り暑く御礼申し上げます。
さて、当院におきましては、患者様が病院内でご使用になる衣類やタオル等につきまして、「洗濯込み衣類リース」をご用意させて頂いております。
「洗濯込み衣類リース」とは、入院の際必要となる日用品（タオル・バスタオル・おしぼり・パジャマ・室内着等）を専門業者よりリースするシステムです。このリースを行うことで、院内感染が話題にのぼる昨今、院内の衛生管理をより円滑に行うことができ、常に清潔な状態を維持できると考えます。またご家族の皆様方においては、お忙しい毎日をお過ごしの中、入院時の日用品の手配やその後の洗濯等のお手間を省くことができます。
患者様やそのご家族様が安心して快適に治療できる環境を整えるために、是非ご利用頂きますよう、下記内容をご案内申し上げますとともに、ご理解ご協力の程、お願い申し上げます。

記

1. 委託業者 株式会社 秀和

2. セット内容・金額

[Aセット]	バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル ・パジャマ（浴衣含む）	1日当り	800円（税込み）
[Bセット]	バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル ・室内着（ケアウエア含む）	1日当り	1,000円（税込み）

3. 申し込み方法

別紙申込書にて必要事項をご記入いただき、署名・捺印の上お申し込みください。
尚、不明な点については、病院窓口・各ナースステーションにて、お問い合わせください。

以上

「洗濯込み衣類リース」申込書

私は、下記の事項に同意し、株式会社 秀和 に「洗濯込み衣類リース」を申し込みます。

1. 病院は、「洗濯込み衣類リース」を株式会社 秀和 に委託します。
2. 契約は、患者様と委託業者（株式会社 秀和）との契約になります。
3. 契約、請求業務、その他事務取り扱いは、越谷ハートフルクリニックが代行いたします。
4. 毎月の「洗濯込み衣類リース」の代金を入院費支払日に支払うこととなります。
5. この申込は、患者様が越谷ハートフルクリニックへの入院が条件となります。

洗濯込み衣類リースセット

セットの種類	セット内容	1日単価	申込印
Aセット	バスタオル ・ フェイスタオル ・ オシボリタオル パジャマ（浴衣含む）	800円 （税込み）	⑩
Bセット	バスタオル ・ フェイスタオル ・ オシボリタオル 室内着（ケアウエア含む）	1,000円 （税込み）	⑩

申込日 平成 年 月 日

患者様	氏名		⑩
	住所		
保証人	氏名		⑩
	住所		
	TEL		

株式会社 秀和

入院セット申込書兼同意書

①秀和控 1

当院では、患者様がご入院中に必要とされる【寝巻・タオル類】の入院セットを専門業者に委託しております。

入院セットの目的とは、

- ① 院内での衛生管理・整理・整頓の更なる徹底
- ② 患者様へのサービス向上とご家族への労力負担軽減
- ③ 防犯上の管理（患者様と来院者様との区別）

- ◎ ご利用者様のご容態により、急遽セットを変更する場合があります。
- ◎ ご入院の際には、申込書兼同意書に記入しお申込みをお願い致します。
- ◎ ご利用料金は1日単位となっており、ご入院日から退院までが請求の対象となります。
*外泊の場合0時～24時までご使用されない時は請求致しません。
- ◎ お支払いは当院の入院費と同様の締日・退院日で請求させて頂き入院費お支払い時にご精算ください。
*医療費とは別に請求書が発行されますのでご了承ください。

● ご希望セット名を○で囲んでください。

商品名	ご利用内容	1日当りの金額(税込)	開始日	終了日
Aセット	<ul style="list-style-type: none"> ● 寝巻 [パジャマ・ゆかたのいずれか] ● タオル類 [バスタオル・フェイスタオル・オシボリ〈食事毎〉] 	750円 × 入院日数	/	/
Bセット	<ul style="list-style-type: none"> ● 寝巻 [パジャマ・ゆかた・介護寝巻のいずれか] ● タオル類 [バスタオル・フェイスタオル・オシボリ〈食事毎〉] 	1,000円 × 入院日数	/	/

株式会社 秀和 御中

入院セット申込書兼同意書

住所：栃木県小山市西城南4-2-46

電話：0120-326-451

営業：9:30~17:00(土・日・祝祭日は休み) ● 太線内のみご記入ください。(①~⑦迄)

受付担当

ご利用者様記入欄	① 申込日	年 月 日	ID	病棟名		
	フリガナ	姓	名	③ 連絡先 *必須		
	② 利用者名			ご自宅	() -	
	④ 住所	〒	—	都・道・府・県	携帯電話	() -
フリガナ						
保証人様記入欄	フリガナ	姓	名	⑥ 連絡先 *必須		
	⑤ 保証人名			ご自宅	() -	
	⑦ 住所	〒	—	都・道・府・県	携帯電話	() -
		フリガナ				

◎ご記入頂いた個人情報は、請求・管理業務・連絡のみに使用致します。また他の第三者にこの個人情報を提供することはありません。

【越谷ハートフルクリニック用】