

理美容施術申込書

ID:

申込日		病棟	病棟	病室	号室
患者様氏名			性別		
			1.男 2.女		
ヘアカットの希望	1.おまかせ 2.ショート 3.結べる長さ 4.形を整えるのみ				
髭剃りの希望	1.有り 2.無し				
【病棟使用欄】					

(施術希望月の前月15日～末日迄にお申し込み下さい。)

施術希望月	月
<p>1. 理美容の施術は、株式会社ロダンテクニカルにて行います。</p> <p>2. 事前に【施術予約預かり金】として、¥5,000を現金または振込にてご入金頂きます。</p> <p>3. 施術月3日迄に、予約預かり金のご入金がない場合は、キャンセルとさせていただきます。</p> <p>4. <u>ご入金頂いた予約預かり金は、理美容施術の実施を以って利用代金として、理美容施術会社の清算に充当させていただきます。</u></p> <p>5. 施術日の患者様の状態により、キャンセルとなる場合があります。</p> <p>6. 入金後にキャンセルとなった場合のご返金につきましては、以下のいずれかとなります。 A.窓口現金返金、 B.次回へ繰り越し、 C.振込返金(振込手数料をご負担頂きます)</p>	
同意申込者	<p>上記内容に同意し、当該患者への理美容施術を申込致します。</p> <p>署名： _____ 続柄： _____</p>
連絡先(Tel)	()
<p>※施術会社が発行する領収書の有無</p> <p><input type="checkbox"/> A有 <input type="checkbox"/> B無</p>	<p>ご入金：以下の何れかにて<u>施術月3日迄</u>にご入金ください。 (ご希望の入金方法にチェックをお願いします。)</p>
<input type="checkbox"/> ①振込	<p>◆下記口座へお振込み下さい</p> <p>銀行名：三菱UFJ銀行 口座種類：普通預金 支店名：池上支店 口座番号：0063073 口座名義：医療法人社団 松和会</p>
	<p>◆B館1階救急受付にて本書をご提示の上、お支払い下さい。</p> <p>【理美容施術予約預かり金 受領証】 金額 ¥5,000 上記金額を理美容予約預かり金として受領しました。 本書に当院受領印のない物は無効となります。</p> <p style="text-align: right;">受領印</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin-left: auto;"></div>
<input type="checkbox"/> ②現金	

※施術会社発行領収書の有無に、どちらのチェックもない場合は発行無しとさせていただきます。

池上総合病院 (11-2023)