

LTセットのご案内

定額洗濯付レンタル商品

サービス品

ママプラン

● バスタオル 日額 **310円**
(税抜)

● フェイスタオル

● おしぼり (使い捨て)




浴室、洗面所で共同でご使用頂いております。

※ タオル類は、病院の交換回数に応じて提供いたします。

※ レンタル品につき持ち帰りできません。

LTセットお問い合わせ

 **0120-929-525**

[お電話での受付時間] 9:00~17:30(土日・祝日を除く)

管理運営会社

 **株式会社 エルタスク**

岩手県盛岡市中ノ橋通1-14-7



LTセットのお支払い方法

～請求書はご利用月翌月の中旬頃に郵送します～

ご利用日数が複数月にわたる場合には毎月末に請求締めを行い、月ごとのお支払いになります。

入院費とは別のお支払いとなります(病院窓口でのお支払いはできません)

お支払いは「コンビニ決済・郵便振替・口座自動引落とし」をお選びいただけます。

<お申込書記入例>

口座振替 (手数料不要)

- 別紙「預金口座振替依頼書」に必要事項をご記入ください。
- 振替日は毎月26日となります。(休日の場合は翌営業日)
- 口座登録にお時間を要しますので、初回のお支払い時に 払込用紙を郵送させていただきますことがございますので、あらかじめご了承ください。

コンビニ・郵便局払い (手数料不要)

- 請求書送付時に払込取扱票を同封させていただきます。
- 口座振替の手続きをされていない場合には払込取扱票でのお支払いとなります。
- お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアもしくは郵便局にてお支払いください。



利用申込書のご記入がお済みになりましたら、預金口座振替依頼書とともに病院窓口にお持ちください。
マタニティセットご利用をお申し込みいただき誠にありがとうございます。

病院・施設使用欄		弊社控 No. _____	
診察券 ID ()		LTセット利用申込書 兼 同意書 (タオル・衣類等洗濯付レンタル および紙オムツ日額定額制サービス) ※太枠内のみ書き込みはつきりとご記入下さい(①～⑩)	
		①申込日	申込書の記入日
フリガナ	姓	姓 LTセットをご利用される方のお名前、生年月日、性別	
②利用者	生年月日	生年月日	
私は裏面「個人情報取り扱いに関する同意書」(1-b)と、「LTセット利用規約」(5-b)の内容を確認しました。(ご確認いただいた証として下記に必ず「 <input type="checkbox"/> 」をご記入下さい。)			
ご確認の上、『 <input type="checkbox"/> 』をつけてください <input type="checkbox"/> 上記の項目を確認し、同意します。			
フリガナ	姓	ご契約者様のお名前、生年月日、性別、利用者様との続柄	
③氏名(連絡先)	生年月日	生年月日	
フリガナ	〒	ご契約者様の住所(請求書の送付先となります)	
④住所	フリガナ	フリガナ	
⑤電話番号1(請求書必須)	⑥電話番号2	ご契約者様の連絡先	
⑦職業	⑧お支払い方法	ご契約者様の職業 ご希望のお支払方法に『 <input type="checkbox"/> 』をつけてください	
⑨希望商品	商品名	税抜単価(白濁)	開始日
	例) ママプラン	¥ 310	1 月 1 日
	ご利用希望のプラン名、単価、開始日		
・セット内容、請求・支払方法については、別紙「LTセットのご案内」をご覧ください。 ・「個人情報取り扱いに関する同意書」をご確認の上でお申し込みください。 ・セット内容の変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら窓口もしくは、弊社までお問い合わせ下さい。 ・「ご契約者様控」は大切に保管してください。			
引渡し手続きの完了まで最長で2カ月を要しますので、その間はコンビニ・郵便局でのお支払いをお願いします。 ☎お問い合わせ 0120-929-525 受付時間 9:00~17:30 (土日・祝日を除く) 〒020-3821 岩手県紫波郡矢巾町広盛沢第1地割278 TEL 019-698-1166 FAX 019-698-1177			
病院・施設使用欄	業者使用欄	お客様番号	
病棟	ID	摘要	検印
[通 用] R S T			