

テレビの利用申込書 兼 支払い同意書

当院では入院患者様の療養環境充実のために、各病床にテレビを設置しております。ご利用される患者様には日額280円（税込み）の料金のご負担をお願いしております。

つきましては、ご利用を希望される患者様は、下記事項をご理解いただき、同意書にご署名のうえスタッフまでご提出ください。

記

■ ご利用

- ・お申込みの確認が出来ましたら、テレビのご利用が可能となります。
- ・お申込み期間中は、定額方式のためご利用に制限はありませんが、使用しない日があっても1日につき料金が発生します。
- ・1日につきの計算方法は午前0時を起点に計算します。
 - ※ 1泊2日ご利用の場合は、2日分で計算いたします。
- 0時～24時の間、外泊等により病院を不在となる日については、請求は発生いたしません。
- ・ご利用の解約がない限り、退院当日までご利用料金を計算し請求させていただきますので、解約される場合は病棟スタッフまでお申し出下さい。尚、病室の移動があった場合の再申込みは必要ありません。
- ・大部屋では必ずイヤホンをご利用下さい。
- ・消灯時間以降のテレビのご利用はお控えください。
- ・省エネにご協力いただき、利用しないときはテレビの電源はお切りください。

■ お支払い

- ・ご利用料金は退院時または、月末締め診療費と併せてご請求させていただきます。

同意書

年 月 日

私は、上記内容を理解し、以下のとおりお申込みします。（申込者代筆可）

（サイン及び□にチェック）

氏名

（代筆（申込）者）

氏名

※ 本人記入欄	開始日			停止日			備考欄
	年	月	日	年	月	日	
※ 病院確認欄	受付者	責任者	医事担当	受付者	責任者	医事担当	
	印	印	印	印	印	印	