

ご利用者及びご家族同意書

医療法人社団博栄会 あさひ歯科クリニックに歯科診療及び、
口腔ケアを依頼いたします。

年 月 日

患者氏名

ご家族/後見人

氏 名

印

続 柄

〒

—

ご 住 所

ご連絡先電話番号

一部負担金のご請求・お支払方法について

下記よりいずれかをお選びいただき、○を付けてください。

ご請求方法

1ヶ月単位で集計し、翌月にご指定先へ請求書を発送いたします

請求書の送付先 [入居先 ・ ご家族/後見人 ・ その他]

お支払方法

[施設管理 ・ 自動口座振替 ・ 口座振込 ・ 集 金]

※集金は札幌市内の住所のみご対応しております。

ご郵送の送付先

(入居施設または同意書と異なる住所の場合、下記にご記入下さい)

〒

—

ご 住 所

氏 名

印

続 柄