

リハビリテーションについての説明書・申込書

ID:

氏名:

様

□ 1. リハビリテーションは、お選びいただくコースによって費用が異なります。

- ①フルコース (月4回 40分×6ヵ月) 自費90,000円(税別)※99,000円(税込)
- ②ミドルコース (月2回 40分×6ヵ月) 自費45,000円(税別)※49,500円(税込)
- ③指導コース (月1回 40分×6ヵ月) 自費14,000円(税別)※15,400円(税込)
- ④回数払いタイプ (1回あたり・40分) 自費 4,430円(税別)※ 4,873円(税込)

□ 2. ①②③コースの方は、リハビリテーション初回実施日に上記金額を一括でお支払いいただきます。

④コースの方は、ご来院の都度、代金をお支払いいただきます。

【リハビリテーションの中断による返金額について】

□ 3. ①②③コースの方は、下表の実施回数により返金額が異なります。

□ 4. 返金の際は、**2.**でお支払いいただいた領収書が必要ですので大切に保管下さい。

□ 5. 返金の方法は、口座振込に限ります。なお、振込にかかる手数料は返金額より差し引かせていただきます(患者様負担)。

【①フルコース・返金額】

1～4回	5～8回	9～12回	13～16回	17～20回	21回以降
82,500円	66,000円	49,500円	33,000円	16,500円	

【②ミドルコース・返金額】

1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11回以降
41,250円	33,000円	24,750円	16,500円	8,250円	

【③指導コース・返金額】

1回	2回	3回	4回	5回	6回
12,826円	10,252円	7,689円	5,126円	2,563円	

令和 年 月 日

医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院

説明者 _____

リハビリテーションについての申込書

私は、PRP療法のオプションメニューであるリハビリテーションの費用について説明を受け、
[☐ ①フルコース / ☐ ②ミドルコース / ☐ ③指導コース / ☐ ④回数払いタイプ] を申込みます。

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院 院長 殿

令和 年 月 日

患者氏名（自署） _____ 印

代理人（自署） _____ 印

患者様との続柄 _____

原本：診療録控え コピー：患者様控え