

訪問ヘアカット 申込書

医療法人社団 董会 園部病院 行

出張訪問美容 Lilas(リラ)による訪問カットを以下の通り申し込みます。

内容をご確認の上、太枠内をご記入ください。

項目	内容・ご記入欄
お申込日	202 年 月 日
患者様お名前	
病棟・病室	病棟 号室
ご希望のカット形態	<input type="checkbox"/> 椅子に座ってのカット(2,500 円) <input type="checkbox"/> 臥床(ベッド上)でのカット(2,700 円) <input type="checkbox"/> 状態に合わせもらう(2,700 円ご準備ください)
カットの際留意すべきこと (髪型や体調など)	
お支払いについて	<u>できるだけ当日、ご家族かご本人様にて、現金でお支払いください。</u> <input type="checkbox"/> 当日、本人または家族が直接支払う <input type="checkbox"/> 事前に病院に現金を預ける※お釣りの出ないようにご準備お願いいたします。
緊急連絡先(ご家族等)	氏名： 電話番号：

【サービス概要・同意事項】

お申し込みの前に必ずご確認ください。

- 実施日：毎月第4木曜日(予定)
- 内容：カットのみ(シャンプー等は含まれません)
- 定員：5名様以上の希望者が集まった場合に実施いたします。
- キャンセルについて：

・実施日までに退院が決定した場合は、自動的にキャンセル扱いとなります。特にお申し出の必要はございません。

・外出・外泊等、その他の理由でキャンセルされる場合は、お早めに病棟スタッフまでお知らせください。

● **免責事項:**

- 体調の変化等により、看護師・美容師の判断で当日の施術を中止する場合がございます。
- 代金の受け渡しに関するトラブルにつきましては、当院は一切の責任を負いかねますので、あらかじめご了承ください。

個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた個人情報は、訪問ヘアカットの実施および連絡の目的以外には使用いたしません。

事務局記入欄

- 受付日: 月 日(受付者:)
- 美容師への連絡: 済 ・ 未
- 実施予定日時: 月 日

- 月 日 _____円を渡しました。 家族さまサイン _____
- 月 日 _____円をお預かりしました。スタッフサイン _____
- 月 日 上記金額を金庫にお預かりしました。事務所サイン _____
- カットキャンセルの場合: 家族様へ電話確認しました。スタッフサイン _____