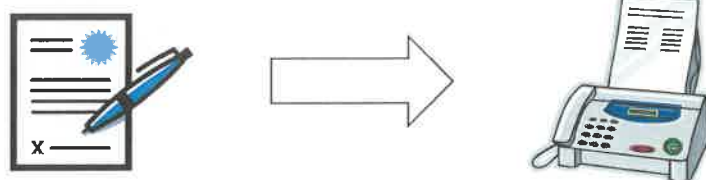


私物下着類洗濯サービスご利用案内・利用規約

- ◆ 専用申込書に必要事項記入後FAXしてください



※ 利用規約には必ず目を通してください ※

- ◆ 申込みから3日以内に専用ネットをお届けします
※ ネットが届いてからがサービスの開始です ※
- ◆ 洗濯物をネットに入れていただくだけでOK

ご家庭の洗濯機で洗えるもの（下着、パジャマ等の水洗い出来る物）に限ります。
貴金属類・ボールペン類・口紅等混入物の責任は負いかねますので、ポケット内のご確認をお願いします。また、洗浄による色落ち・色移り・縮みの可能性がある物についてもご注意ください。商品の縮みや破損、他の洗濯物への色移り等発生した場合も責任を負いかねますので重ねてお願い致します。



・ セーター
・ カーディガン
・ 半天
・ etc



- ◆ 病院の指定された場所にて回収を行います
※ 納品・回収の 曜日・回数は病院へお尋ねください ※
- ◆ 専用ネットのまま洗濯・乾燥を行います
※ 紛失・混入を防ぎます ※
- ◆ お一人様分ずつ手仕上げでたたみ、包装します
- ◆ 包装が完了したら、お一人様分ずつ重量を計測します
※ 重量を記載した用紙が仕上がり品に添付されます ※
- ◆ 病院の指定された場所にて納品を行います
- ◆ 1ヶ月分の重量に単価を掛けて請求書を送付いたします
※ 毎月5日に請求書が発送されます ※

料金 仕上品重量 (kg) × 500円 (税別)

※ 月のご利用合計重量が1kg未満の場合、1kgのご請求となります ※

- ◆ 引落の場合は、当月20日にご指定の口座から引き落としさせていただきます
振込の場合は、当月25日までに弊社指定口座への入金をお願い致します
※ お支払の確認が行えない場合、サービスの中止をさせていただきます ※

その他不明な点等ございましたら、弊社までご遠慮なくお問い合わせください
南九イリョー株式会社 熊本支店 TEL 096-384-1234

私物洗濯サービスご契約申込用紙

私物洗濯サービスご利用案内をよくお読みください。

この旨に同意の上、下記の太枠内を全てご記入後FAXにてお申込ください。

南九イリヨー株式会社 FAX 096-383-7275 TEL 096-384-1234(代)

ご記入に漏れがありますとご利用ができないことがございます。

熊本赤十字病院

洗濯専用ネットには、病院名・ご利用者名が記載されます。

【①ご利用者様】 弊社の私物洗濯サービスのご利用は初めてですか？ <input type="checkbox"/> 初めての利用 <input type="checkbox"/> 利用したことがある				
お申込日 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
<table border="1"> <tr> <td>階</td> <td>病棟</td> <td>号室</td> </tr> </table>		階	病棟	号室
階	病棟	号室		
フリガナ	セイ <input type="text"/>	メイ <input type="text"/>		
お名前	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>		
		印		
生年月日 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
ご住所	郵便番号 <input type="text"/>	お電話番号 <input type="text"/>		
	都道府県 <input type="text"/>	<input type="text"/>		
	市区町村 <input type="text"/>			
	番地 <input type="text"/>			
マンション名等 <input type="text"/>				
電子メール <input type="text"/>				
【②ご利用者様以外のご連絡先】				
フリガナ	セイ <input type="text"/>	メイ <input type="text"/>		
お名前	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>		
		印		
ご関係	<input type="checkbox"/> ご家族・ご親戚 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)			
ご住所	郵便番号 <input type="text"/>	お電話番号 <input type="text"/>		
	都道府県 <input type="text"/>	<input type="text"/>		
	市区町村 <input type="text"/>			
	番地 <input type="text"/>			
マンション名等 <input type="text"/>				
電子メール <input type="text"/>				
お支払い方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 (お申込み後、請求書送付先宛に口座引落書類を郵送致します)				
請求書送付先 <input type="checkbox"/> ①ご利用者様 <input type="checkbox"/> ②ご利用者様以外のご連絡先				
【連絡欄】				