

「つながる家族」サービス 利用申込書

申込日： 年 月 日 / 受付者：

「つながる家族」サービスの利用を希望いたします。

お客様情報	
ご利用者 生年月日	年 月 日
ご利用者名	フリガナ
ご家族名※1	フリガナ
住所※2	〒
電話番号※3	
E-mail※4	_____
その他※5	伊勢ひかり病院の通所リハビリまたは訪問リハビリをご利用中ですか。 はい ・ いいえ

※1.「つながる家族」をご利用されるご家族様のお名前をご記入ください。

※2.お申し込み後、「つながる家族ご利用開始のご案内」を送付させていただき住所をご記入ください。

※3.「つながる家族」を利用するスマートフォンの携帯電話番号をご記入ください。

※4.「つながる家族」を利用するスマートフォンのメールアドレスをご記入ください。

※5.伊勢ひかり病院と共通設定の為、登録は1か所(1つのID)となります。

1か所の登録で、伊勢ひかり病院と伊勢老健ひかりの請求書・領収書が見れるようになります。

医療法人 全心会

伊勢老健ひかり

担当者：木村・田畑

問い合わせTEL：0596-27-5015