

患者 ID: _____

「Medical Gate」および「Medical Gate」あと払い決済サービス 利用申込書

サービス運営者 御中

私は、「『Medical Gate』サービス利用規約」、「『Medical Gate』あと払い決済サービス個別利用規約」および「『Medical Gate』サービス利用に関する個人情報保護方針（プライバシーポリシー）」に同意の上、本サービスの利用を申し込みます。

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名： _____ （自署）（カナ氏名： _____ ）

（利用者氏名： _____ カナ氏名： _____ 続柄： _____ ）

性別：（ _____ ）

申込者住所：（〒 _____ ） _____

電話番号： _____ （携帯番号 _____ ）

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※申込者と利用者が異なる場合は下記もご記入下さい。

また、利用者同席の上、規約同意書および本人確認書類のコピーをご提出願います。

利用者住所：（〒 _____ ） _____

電話番号： _____ （携帯番号 _____ ）

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【施設側記入欄】

加入状況： 仮登録 本登録 会計状況： あと払い会計 あと払い会計以外

備考： _____

【Medical Gate サービス お問い合わせ先】

地方独立行政法人大阪府立病院機構

〇〇医療センター 医事グループ

受付窓口 Tel：06-6945-1181（代表）内線：2531

受付時間 土日祝除く平日 9：00～17：00