

患者ID: _____

「Medical Gate」あと払い決済サービス 利用中止申請書

サービス運営者 御中

私は、「**Medical Gate**」あと払い決済サービスの利用中止を申請いたします。

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。

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】

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