

トラヘル・ハワイ 人工透析幹旋サービス申込書

*** 必ず弊社「料金表」(の中の”注意事項”欄)を事前にご確認後、白色の枠部分を記入ください！**

ローマ字				性別(男・女を)	婚姻(未・既)	弊社 利用回数	
氏名						回目	
郵便番号		〒			e-mail:		
ローマ字(英語表記で)				TEL:			
自宅住所				FAX:			
生年月日(西暦)		年	月	日生	歳	No.	
勤務先	会社名				携帯電話:		
	所属				携帯メールアドレス:		
日本の透析	ローマ字(病院名)				TEL:		
	病院・施設名				FAX:		
	ローマ字(英語表記で)				ローマ字(姓、名)		
	病院住所				担当医師名		
	透析導入日	年	月	日	透析時間	時間	
旅行情報	ハワイ到着日	年	月	日	ローマ字(ホテル)		
	ハワイ出発日	年	月	日	滞在ホテル		
	旅行代理店				滞在中の連絡先(上記ホテル、携帯の電話)		
	緊急連絡先	氏名	続柄		左記連絡先電話(携帯)		
回数	透析場所(注1)	透析希望日		希望開始(注2)	送迎(注3)	付添い&通訳(注3)	
1		年	月	日			
2		年	月	日			
3		年	月	日			
4		年	月	日			
(注1):Honolulu(ホノルル)・Maui(マウイ島)・BigIsland(ハワイ島)・Other(その他)のいずれかをお書きください							
(注2):希望開始時間は「7:00」am、「12:00」pm、「16:00」pmからお選びください。							
(注3):オプションサービスの内容を確認し、「要」-「不要」を明記ください。「要」の場合は別途オプション料金が必要になります。							
保険請求の要-不要		←海外療養費 還付 「要」-「不要」を必ずご記入ください。					
健康保険の種類		←「国民保険」-「社会保険」-「その他」を必ずご記入ください。(注4)					
(注4):国民・社会保険申請書は弊社でご用意いたしますが、「その他」で特別なフォームが必要な方は事前に送付ください。							
＜特記事項+ご質問欄＞		Hbs抗原が”Positive”陽性(+)の場合は必ず明記ください。					
【承諾事項 & 免責同意書】					ハワイ滞在中の透析回数		
私は、Trahel Hawaii L.L.C.(以降”貴社”と記載)のサービスを理解し、ハワイでの透析医療機関との仲介をする基本サービスとそれに関連するオプションサービスに申し込みます。この時、ハワイの透析医療機関が必要とする医療情報&支払いに関して貴社が代行して取り扱う事を承認致します。また私は貴社のキャンセルポリシーを理解し、キャンセルが発生した場合、これに従います。尚、貴社のこれらのサービスにより生じた損失、損害について、いかなる責任や賠償をも貴社に責任の追及をしたり、損害賠償請求をしないことに署名をもって誓約します。							
日付		年	月	日	署名(サイン)		

※署名は実筆でなく、入力でもOKですのでこのエクセルデータを添付してお申込みください

*** 必ず弊社「料金表」(の中の”注意事項”欄)を事前にご確認後、お申込みください！**

お申込みはこの申込書をメールにて添付(エクセルデータもしくはPDFデータで)して送付いただくか、申込書を以下のFAX番号まで送信ください。

- ①日本のFAX番号: 020-4622-9961 日本FAX番号は特殊(ケーブル等)回線から受付ません!一般のNTT回線からのみです。
- ②ハワイのFAX番: 国際ダイヤル+1-808-395-6243