「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  　　○○医療センター　医事グループ  受付窓口　℡：06-6945-1181（代表）内線：2531  受付時間　土日祝除く平日　9：00～17：00 |