

VR リハビリテーションセンター 利用申込書

- 私は株式会社 mediVR の提供する VR リハビリテーションセンターのサービスを利用するにあたり、利用約款及びプライバシーポリシーの内容を確認し、その内容を理解しました。また、疑問点などについてすべて事前に確認し、その内容も理解しました。
- 私は成果報酬型の目標達成の判断が医学的な基準で行われる点を理解しました。また、患者視点と医学的基準に乖離がある旨の説明を受け、その内容を理解しました。

あなたのサービス利用料金は以下の通りです。

なお、スケジュール管理費として1回の予約毎に1000円（税別）をお支払い頂きます。

- 成果報酬施設利用型
- 成果報酬訪問リハビリ型
- 時間報酬型（ _____ 円 / 時間）（税別）

※支払い期限は請求翌月月末まででお願い致します

～成果報酬型の場合のマイルストーン設定～

最終目標達成時の総額（ _____ ）万円（税別）

詳細は本紙裏面を参照

～訪問リハビリ型追加項目～

追加項目の費用は1回毎、或いは当社の指定する一定期間毎に請求させて頂きます。

- セラピスト人件費 単価（ _____ ）万円/1日当たり（税別）
- セラピスト交通・宿泊費（実費）
→予測： _____
- 機器貸出費用 単価（ _____ ）万円 /（ _____ ）（税別）

～その他コメント（備考欄）～

_____年 _____月 _____日

ご住所

電話番号

ご署名

印

～成果報酬型の場合のマイルストーン設定～

Step 1 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 2 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 3 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 4 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 5 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 6 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 7 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 8 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 9 _____ (_____) 万円 (税別)

Step 10 _____ (_____) 万円 (税別)

※支払い期限は請求翌月月末まででお願い致します