

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、キャンセルポリシー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VRリハビリテーション後に筋緊張が低下し意図的な動作が行いにくくなる可能性がある点、そのため転倒リスク等に十分に注意する必要性があることを理解しました。
- 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、時間報酬型の場合場所及び人員を確保する都合上治療時間が1時間に満たない場合も1時間の料金が発生致します。また、予約キャンセル時にはキャンセルポリシーに規定された料金が発生するためご注意ください。

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いただきます。

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)

_____年 _____月 _____日

ご住所

電話番号

ご署名

_____ 印

～その他コメント（備考欄）～

約款に記載の通り、学会発表や論文投稿で撮影した動画や写真、治療効果の結果等、医学的な内容についてプライバシー処理後に使用させて頂くことが御座います。

～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