

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、疑問点等について全て事前に確認し、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。
- 私は学会発表や論文投稿の際に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する場合がある点、また、それらの発表に際して講演動画や発表資料などを行政機関や医療機関、SNS やホームページ等で公表する場合がある旨の説明を受け理解、同意しました。
- 本施設は大学や医療機関等の医療関連従事者に対する教育研修施設であるため、見学者や研修者の受け入れを随時行っています。そのため、ご利用中に見学者や研修者が同席する場合がありますので予めご了承下さい。

_____年 _____月 _____日

ご住所

電話番号

ご署名

印

～その他コメント（備考欄）～

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。

※支払い期限は請求翌月月末まででお願い致します

<input type="checkbox"/> 成果報酬施設利用型※	<input type="checkbox"/> 成果報酬訪問リハビリ型※
<input type="checkbox"/> 時間報酬型 (_____ 円 / 時間) (税別)	
※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)	
マイルストーン詳細は本ページ下部を参照	
～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。	
<input type="checkbox"/> セラピスト人件費 単価 (_____) 万円/1日当たり (税別)	
<input type="checkbox"/> セラピスト交通・宿泊費 (実費) →予測: _____	
<input type="checkbox"/> 機器貸出費用 単価 (_____) 万円 / (_____) (税別)	

～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)