

依頼宛先：Micronesia Assistance, Inc.
 住 所：590 S. Marine Corps Drive, Suite 312
 Tamuning, Guam 96913-3533



FAX 番号：1-671-649-8140 Tel. 1-671-649-8147 / E-mail：info@mai-guam.com

人工透析予約依頼書

透析施設名： US Renal Care	予約依頼日：
お名前：	ローマ字：
お電話番号：	ファクス番号：
電子メールアドレス：	
希望透析日	1回目：____月____日 20____年 開始時間は透析センターの指定時間となります。 2回目：____月____日 20____年 *時間の指定はできません。 (mm/dd/yyyy)
グアム到着日 Date of Arrival：	現地旅行会社名 Tour Agent： 宿泊ホテル名 Hotel Name：
サービス申し込み項目： 3項目のうち、該当するサービスにチェック☑してください。 A. <input type="checkbox"/> \$200.00/回 予約代行手配のみ B. <input type="checkbox"/> \$300.00/回 現地送迎付通訳アシスタントのみ (改2018年8月) C. <input type="checkbox"/> \$400.00 フルパッケージ (A+B：予約代行手配、及び、現地送迎付通訳アシスタント1回分込)	

- ❖ 上記、予約手配依頼は「人工透析申込み要領」(別紙)内容をご了承頂いたものとして予約を受けます。
- ❖ 当社は、本予約手配が「予約不履行」になっても一切責任を負いませんのでご了承下さい。

料金支払い方法について

- 透析料金(医師検閲料金込)1回目\$575、滞在期間内2回目以降\$525 追加エポジン\$25～ 透析料金は、USドル現金を直接センターへ、医師検閲料はセンター隣接クリニックへお支払頂きます。
- 弊社サービス料金はUSドル又はクレジットカードで当日現地送迎アシスタントにお支払い下さい。
- 弊社予約代行のみの方は、クレジットカード MC/VISA/JCB にて事前にお支払下さい。

予約代行の手順

1. 人工透析予約依頼書と Patient Information Sheet と検査結果データ を弊社に FAX または Eメールにて連絡
2. 患者情報シート Information を含む検査データ(透析希望日から30日以内の検査結果) Cフォーム、支払い誓約書に不備がなければグアム透析センターへ書式を転送、予約手配開始。
3. 透析センターの担当医師が提出書類を確認後、透析希望日の約10日から1週間前までに透析開始時刻が確定する。予約確定の連絡が弊社に入り次第、お客様へ回答書をファクスまたは、Eメールにて連絡する。

回 答 書

回答日：	透析日：	開始時間：
ホテル名：	ホテルお迎え時間：	
* ホテルチェックイン後、お部屋番号と送迎場所確認の為、弊社事務所まで(649-8147) 必ずお電話下さい。 * 帰国後、「社会保険または国民健康保険」を適応される場合は、役所発行の「保険適用のためのフォーム」を必ずご持参下さい。 後日、受診証明書取り付けを依頼されますと、別途\$150が入用になります。		