未収金回収相談・依頼申込カード

黒木法律事務所　行（Fax011－251－3802）

太枠内をご記入のうえ、上記 Fax 番号へ送信して下さい。

医療機関名		申込年月日	
ご担当者	部署名：	氏名：	
電　　話		ＦＡＸ	
相談件数	件	債権総額	約　　円

１，ご依頼の趣旨について

□無条件で全ての案件について回収を依頼したい。

□各案件の対応方針を確認したうえで、個別に依頼するかどうか判断したい。

□その他（　　）

２，本件に関し、当事務所に提出可能な資料すべてに✔をつけてください。

□診療申込書または入院申込書

□連帯保証人（または保証人）の署名がある文書

□未収金管理台帳など未収状況を時系列にまとめた書類

□患者及び関係者との連絡・交渉経過を記載したレポート

３，今後の連絡手段について

□電話・ファックスのみ可

□電話・ファックスのほかにＥメールによる連絡が可能

アドレス（　　@　　）

＜当事務所使用欄＞

受付印	備考
担当者	