

(様式 4)

開放型病床入院同意書

多治見市民病院長 様

紹介医療機関名

医 師 名

この度、私が社会医療法人厚生会 厚生会 多治見市民病院に入院するにあたり、同病院の「開放型病床」を利用することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

代理人

㊞