

令和 年 月 日

浜松医科大学医学部附属病院開放型病床入院届出書・承諾書

浜松医科大学医学部附属病院長 様

浜松医科大学医学部附属病院開放型病床への入院を希望しますので届出します。

紹介医療機関名

\_\_\_\_\_

住 所

\_\_\_\_\_

医 師 名

⑩

\_\_\_\_\_

開放病床利用承諾書

この度、私が浜松医科大学医学部附属病院に入院するにあたり、「開放型病床」の説明を受け承諾しましたので、同病院の開放型病床を利用します。

令和 年 月 日

住 所

\_\_\_\_\_

連絡先(電話番号)

\_\_\_\_\_

患 者 様 氏 名

⑩

\_\_\_\_\_

代 理 人

⑩

\_\_\_\_\_