

(様式2)

岐阜県立多治見病院開放型病床入院申込書

岐阜県立多治見病院開放型病床共同利用実施要綱第6条の規定に基づき下記の方を貴院に入院させたいので申し込みます。

希望診療科	科
フリガナ 氏名	男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳
住所	

令和 年 月 日

登録医 医療機関名

登録医氏名

電話番号

岐阜県立多治見病院長 様