

(様式3)

岐阜県立多治見病院開放型病床入院同意書

紹介医療機関 _____

医 師 名 _____

この度、私が岐阜県立多治見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。

令和 年 月 日

住所

氏名

(生年月日：大正 昭和 平成 令和 年 月 日)

代理人
