**大垣市民病院長　様**

様式第３号（第６条関係）

**大垣市民病院開放型病床入院同意書**

紹介医療機関

医　 師 　名

　この度、私が大垣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。

平成　　　年　　　月　　　日

住　　所

氏　　名

　　　　　　　　 生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日

代 理 人

　この同意書は、大垣市民病院（よろず相談・地域連携課）へ返信してください。

ＦＡⅩ　　０５８４－７７－０８５９