

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。

（注：開放型病床は、多床室しかございません。個室への入床は出来ません）

年 月 日

住 所

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 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）へ送信してください。

F A X 0 5 8 4 - 7 7 - 0 8 5 9