

様式第2号（第6条関係）

開放型病床入院申込書

大垣市民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		男  女	
患 者 氏 名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和      年      月      日      歳		
住      所	〒		
入 院 希 望 日	年      月      日		
共同診療希望の有無	<input type="checkbox"/> 共同診療希望します。 <input type="checkbox"/> 共同診療希望しません。		

年      月      日

登録医      医療機関名

登録医氏名

電 話 番 号

大垣市民病院長    様