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網第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　　　年　　　月　　　日　　　　　歳 |
| 住　　　　所 | 〒 |
| 入 院 希 望 日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 共同診療希望の有無 | □共同診療希望します。□共同診療希望しません。 |

令和　　　年　　　月　　　日

登録医 　医療機関名

　　　　登録医氏名

　　　　電 話 番 号