

特別療養環境室(差額ベット)入室申込書

1. 使用する病室 _____号室
(個室・2人床・3人床)

2. 個室料金 一日につき _____円
(消費税込み)

3. 入院予定期間 平成 年 月 日 ~
(入室予定期間) 平成 年 月 日(未定)

特別療養環境室(差額ベット)について説明を受けましたので、上記により個室の入室を申し込みます。尚、入室後病棟において転室を必要とすることも了承致します。

申込日 平成 年 月 日

患者氏名 印

保証人氏名 印

患者との関係

医療法人社団 成守会 はせがわ病院 病院長 殿