

上級室使用希望届・同意書

患者氏名

提出日

提出された方のお名前

1. 上級室のご使用を希望される方はお申し出下さい。
(いずれかに○をつけてください)

希望する

希望しない

2. 希望するに○をつけられた方は、ご希望の上級室をお選びください。

第一希望 . . . 特室A、特室B、個室A、個室B、2人室
第二希望 . . . 特室A、特室B、個室A、個室B、2人室
第三希望 . . . 特室A、特室B、個室A、個室B、2人室

3. 入室されましたら、その上級室の番号(1～5)に○をつけられ、
氏名、日付の記入をお願いいたします。

1.	特室 A	13,200 円 (1 日につき)	(200、300 号室)
2.	特室 B	9,900 円 (1 日につき)	(201、202、301、302,313 号室)
3.	個室 A	4,400 円 (1 日につき)	(207,208、308、309、314 号室)
4.	個室 B	3,300 円 (1 日につき)	(310、311 号室)
5.	2 人室	2,200 円 (1 日につき)	(307、312 号室)

私、(患者氏名) _____ は、

上記病室使用について同意致します。

年 月 日

医療法人 社団 松友会 松本外科病院

院長 松本 慶政 殿