

# 上級室使用同意書

私、(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

下記の病室使用について同意いたします。

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

※入室された上級室の番号 (1～5) に○印を付けて下さい。

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

201.202.301.302 号室をご利用の患者様へ

室内のロッカーの鍵を紛失された場合、鍵代としまして、3,080 円ご負担頂きます。

( 日間入室・ 指定なし )