

入院差額ベット使用希望届・同意書

患者氏名

提出日

提出された方のお名前

1. 入院差額ベット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、ご希望の入院差額ベットをお選びください。

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、該当の番号(1～5)と部屋番号に○をつけ、
氏名のご記入をお願いいたします。

1.	特室 A	13,200 円 (1 日につき)	(205,305 号室)
2.	特室 B	9,900 円 (1 日につき)	(213,215,310,313,315 号室)
3.	個室 A	4,400 円 (1 日につき)	(208,210,308,318,320 号室)
4.	個室 B	3,300 円 (1 日につき)	(321,322 号室)
5.	2 人室	2,200 円 (1 日につき)	(317,323 号室)

私、(患者氏名) _____ は、

上記入院差額ベット使用について同意致します。

年 月 日

医療法人 社団 松友会 まつもと整形救急外科病院

院長 松本 慶政 殿