

入院差額ベット使用同意書

私、(患者氏名) _____ は、

下記の入院差額ベット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) | (205,305) |
| 2. 特室 B | 9,900 円 (1 日につき) | (213,215,310,313,315) |
| 3. 個室 A | 4,400 円 (1 日につき) | (208,210,308,318,320) |
| 4. 個室 B | 3,300 円 (1 日につき) | (321,322) |
| 5. 2 人室 | 2,200 円 (1 日につき) | (317,323,) |

※入室された番号 (1～5) と部屋番号に○印を付けて下さい。

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

213.215.313.315 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。