

特別療養環境室（差額室）入室申込書

薬園台リハビリテーション病院病院長殿

患者 ID		患者氏名	様
病棟		部屋番号	室
料金	一日当たり 円（税込）		
入室期間	年 月 日から退室日まで		

上記の特別療養環境室（差額ベッド）の入室にあたり、十分な説明を受けました。

説明日 年 月 日

説明者氏名

説明を受けた者（署名）（続柄）

私（申込者）は、貴院に入院するにあたり、特別療養環境室（差額ベッド）の利用について十分な説明を受け、同意致しましたので上記の病室の入室することを申込致します。

申 込 者	申込日	年	月	日
	氏名（署名）	（続柄）		
	住所	電話番号 — —		

注意

- 申込書の内容に変更があった場合または他の特別療養環境室（差額ベッド）に変更するときには、改めて本申込書を作成致します。
- 申込内容の確認として、原本院保管コピーを一部申込者にお渡し致します。
- 料金の一日当たりとは、0時から24時までの間の利用となります。

