

さいたま赤十字病院
医療連携課 宛

電話番号 048-852-1168

FAX番号 048-852-1132

紹介元医療機関名

【共同利用病床 利用申込書】

患者氏名	様 (男・女)
生年月日	年 月 日

【共同利用病床入院承諾書】

この度、私_____は、さいたま赤十字病院に
入院するにあたり、同病院の共同利用開放病床を利用することに
同意し承諾いたします。

年 月 日

住 所 _____

連 絡 先 _____

※同意を必要とする場合に、ご記入下さい

同意者氏名 _____

住所・連絡先 _____

患者さんとのご関係 ()