

(様式)

平成 年 月 日

社会保険京都病院開放型病床入院届出書

社会保険京都病院院長 様

社会保険京都病院開放型病床への入院を希望しますので届出いたします。

紹介医療機関名 _____

住 所 _____

医 師 名 _____

この度、私が社会保険京都病院に入院するにあたり、同病院の『開放型病床』を利用することを承諾致します。

住 所 _____

氏 名 _____

代 理 人 _____