

## 岐阜市民病院開放型病床入院同意書

紹介医療機関 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

この度、私が岐阜市民病院に入院するにあたり、同病院の「開放型病床」を利用することに同意します。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

代 理 人 \_\_\_\_\_

この同意書は、岐阜市民病院（地域連携室）へ送信してください。

FAX 058-255-0504