

# 入院申込書

平成 年 月 日

患者	現住所	〒 - 〇 -				
	ふりがな	⑩	性別	男・女	職業	
	氏名					
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (才)				
病室希望 (○を付ける)	個室(税別) 1. 特A(9,000円) 2. A(4,000円) 大部屋 (大部屋が満床の場合は個室にお入り頂くことができます。)					
申込者	現住所	〒 - 〇 -				
	ふりがな				患者との続柄	
氏名						

(注) 申込者が患者さまの場合は、氏名のみの記載で結構です。

(注) 申込者本人が自著する場合は、押印は不要です。

上記患者の栃木県医師会塩原温泉病院への入院を申し込みます。

栃木県医師会塩原温泉病院長 殿