

特別室入室同意書

医療法人 若葉会
西条中央病院 院長 殿

私は、貴院に入院するにあたり、特別室を希望致します。
また、その費用についての説明を受け、費用の徴収に同意致します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ (印)

署名代理人氏名 _____ (印) (続柄 _____)

署名代理人住所 _____

希望に ○	区分	病棟	病室番号	設備	室料 (税別) (1日につき)
	個室	3	309号室 310号室 318号室 319号室	テレビ、冷蔵庫、収納設備 応接セット、シャワー、トイレ	8,500円
			311号室 312号室 313号室	テレビ、冷蔵庫、収納設備 応接セット	5,000円
		4	407号室 408号室 415号室 416号室	テレビ、冷蔵庫、収納設備 応接セット、シャワー、トイレ	8,500円
		5	508号室 509号室 515号室 516号室	テレビ、冷蔵庫、収納設備 応接セット、シャワー、トイレ	8,000円
		6	608号室 609号室 615号室 616号室	テレビ、冷蔵庫、収納設備 応接セット、シャワー、トイレ	8,000円
		2人室	3	308号室	テレビ、冷蔵庫、収納設備
	5		517号室		
	6		617号室		

※午後10時に入院、翌日午前10時に退院した場合、2日間の室料となります。