

(様式1) 備考：紹介元控・北見赤十字病院提出用・患者さん控 3部複写とする

年 月 日

北見赤十字病院

地域医療連携室宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎ 0120-018-599(直通)

専用電話 フリーダイヤル ☎ 0120-018-299(直通)

紹介元医療機関名

【開放病床利用申込書】

患者氏名	様 (男・女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
入院予定日	令和 年 月 日

【開放病床入院承諾書】

この度、私 _____ は、北見赤十字病院に入院するにあたり、同病院の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 _____

ご 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 _____

ご住所・連絡先 _____

患者さんとのご関係 ()