

(様式)

平成 年 月 日

## 京都鞍馬口医療センター開放型病床入院届出書

京都鞍馬口医療センター院長 様

京都鞍馬口医療センター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

---

⑩

この度、私が京都鞍馬口医療センター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いたします。

住 所

---

氏 名

---

⑩

代 理 人

---

⑩