

院 長	事務部長	総務課長	医事課長	係 員

## 差額室入室への同意書

入室日

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
京都鞍馬口医療センター

料金(1日につき)	病 室 番 号
13,000円 (5室・個室バストイレ付き)	653・655・753・755・855
11,000円 (25室・個室トイレ付き)	506・515・516・520・521・613・615・618・621 651・652・713・715・718・721・751・752・813 815・818・821・851・852・853・866
(1室・個室)	766
9,000円 (8室・個室トイレ付き)	512・513・611・612・711・712・811・812
(7室・個室)	502・503・663・667・716・720・816
6,000円 (14室・2人部屋)	505・522・603・617・656・702・703・717・756 803・805・817・856・863

※上記室料には別途消費税がかかります。

上記病室  
します。

号室に入室を希望し定められた室料を支払うことに同意

年 月 日

患者番号 \_\_\_\_\_

患者氏名

①

連帯保証人  
住 所

連帯保証人  
氏 名

①