

入院申込書

貴院に入院したいので、御承認ください。

ふりがな
○患者氏名

生年月日

年 月 日 (満 才)

現住所 〒 —

電話番号 ()

※入院費用の請求先を次にお書きください。

ふりがな
○氏 名

(患者との続柄)

現住所 〒 —

電話番号 ()

年 月 日

滋賀県立精神医療センター病院長 様