

患者ID :

患者氏名 :

鍵付き冷蔵庫 使用届

鍵番号

-

終了届 (終了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

同意書

医療法人 禄寿会
小禄病院 院長殿

私 _____ は、貴病院に入院するにあたり、下記の遵守事項に同意したうえで
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より、鍵付き冷蔵庫を使用し、使用料を毎月の入院費、又は退院時
精算の際に支払うことを確約いたします。

※ 使用料金の計算基準は、使用の有無に関係なく鍵を所有して返却するまでの日数が対象で、
深夜0時をもって日数変更とする。

※ 鍵の紛失は、鍵作成料金として、1,000円を使用料とは別に支払う。

◆ 使用を中止される場合は、速やかに病棟職員又は1階受付窓口にてお申し出下さい。
(料金計算を中止します。)

記

鍵付き冷蔵庫使用料： 1日につき108円（税込み）

住所： _____

患者氏名： _____

代理人の場合： _____ 続柄 (_____)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※医事課保管（受け取り後、医事課行きBOXへ）