

病衣(ねまき)使用の確認

私..... は、貴病院に入院するにあたって、

- 病衣を使用します。(1日につき76円)
使用開始 年 月 日～
- 私服を使用します。
使用開始 年 月 日～

☆病衣をご利用の方のみ下記の〔同意書〕をご記入ください。

同意書

医療法人 緑寿会
小緑病院 院長殿

私は、貴病院に入院するにあたって、下記の料金で病衣を使用することに同意します。
また、病衣の使用料は、毎月の入院費と一緒に支払うことを確約いたします。

記

病衣使用料：1日につき 76円(税込み)

※着替えの回数にかかわらず1日76円です。

住 所.....

氏 名(患者名).....

代理人の場合..... 続柄(.....)

記入日： 年 月 日