

様式第4号

年 月 日

医療機関名 _____

登録医師名 _____

市立加西病院長

開放病床入院承諾書

当院開放病床にご入院依頼のありました _____ 様に
つきまして、下記のとおり、ご入院を承諾させていただきます。

記

入院予定日時	年 月 日	時 分
入院予定病棟		
主治医	科	医師

市立加西病院