

(様式3)

開放型病床 利用申込書

東海中央病院 メディカルサポートセンター 行
(FAX:058-382-9853)

年 月 日

登録医療機関の所在地

登録医療機関名

登録医師名

印

電話番号

FAX番号

| | | | | |
|------|--|-------|----|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 | | 年 月 日 | | |

| | | | | |
|-------|-------|--|-------|--|
| 入院希望日 | 第一希望日 | | 第二希望日 | |
|-------|-------|--|-------|--|

※備考（医師への依頼事項等がありましたら、ご記入下さい）

| |
|--|
| |
|--|

※診療情報提供書は別途必要になります。