

(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。