

様式第 4 号

年 月 日

医療機関名 _____

(登録医) _____ 先生

一般財団法人甲南会
甲南医療センター院長

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
予定入院病棟	
主治医	科 医師