

入院申込書

平成 年 月 日

長島中央病院 殿

保護者 住 所 〒

氏 名 _____ 印 男・女

生年月日 M T S 年 月 日生

続 柄 _____

職 業 _____ 電 話 _____ - -
携 帯 _____ - -

貴院の説明を受け、これらを十分に理解した上で、下記の者が貴院に
入院することを同意（承諾）し、入院を申し込みます。

記

患者様 住 所 〒

療養者氏名 _____ 男・女

生年月日 M T S 年 月 日生（満 歳）

電 話 _____ - -