

令和 年 月 日

開放型病床共同指導同意書

順心淡路病院 病院長 殿

私はこの度の入院治療にあたり、順心淡路病院担当医と——— 医師による
共同指導に同意いたします。

患者様氏名 _____

生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

代理で記入された場合

記入者氏名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

患者様とのご関係 _____