

様式 1

県立延岡病院 開放型病床利用申請書

平成 年 月 日

宮崎県立延岡病院長 殿
(医療連携科担当)

申請者 住所 _____
医療機関名 _____
管理者名 _____
電話 _____
F A X _____

開放型病床運営実施要領第 4 条に基づき下記のとおり申請します。

記

申請者	診療科名	
	医師名	
本院	診療料名	
	担当医師名	
患者名		
利用期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
(備考)		