

差額室入室への同意書

医療法人 綾富士会
綾部ルネス病院

料金(1日につき・税込)		病室 NO		
一人部屋	5,500円	A-3	A-4	A-5
		A-6	A-7	A-8
		B-2	B-3	B-4
二人部屋	2,200円	B-5	B-6	

上記、差額室入室(一人部屋・二人部屋)を希望し、
定められた室料を支払う事に同意致します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

保証人氏名 _____ 印

住 所 _____