

# 承 諾 書

医療機関名

明石市立市民病院 様

このたび、私が明石市立市民病院に入院するにあたり、「開放型病床」を利用することを承諾いたします。

平成 年 月 日

住 所

---

電 話 番 号

---

氏 名

---