

家族付添許可申請書

平成 年 月 日

患者氏名 _____

付添者氏名 _____ 続柄 _____

付添期間 自平成 年 月 日

至平成 年 月 日 _____ 日間

理由 _____

上記の理由により家族付添の許可申請をします。

主治医 様

申込者 住所 _____
氏名 _____ (印)
続柄 _____
自宅電話番号 () - _____

家族付添許可書

上記の理由により家族付添の許可をします。

平成 年 月 日

国民健康保険町立和寒病院
担当医 _____