

# 開放型病床共同利用承諾書

(あて先) 連携登録医

医療機関の名称

氏名

私が川崎市立井田病院に入院するにあたり、同病院の開放型病床共同を利用することを承諾します。

年 月 日

本人署名 (自署)

生年月日 年 月 日

家族 (代諾者) 署名