

差額室利用承諾書

医療法人社団一秀会 春日病院 院長殿

本人の希望により特別の療養環境にある下記の病室を利用した際は、定められている室料差額を支払うことを承諾いたします。

種類	料金(一日につき)	部屋番号
特別室	16,500 円	308
個室	7,150 円	201 202 203 205 207 208 210 211 302 303 305 306 307 316
二床室	3,960 円	212 312 313 315
三床室	2,200 円	206

記載年月日： 年 月 日

ふりがな

患者氏名

Ⓜ

住 所

連帯保証人

ふりがな

氏 名

(続柄：

)

Ⓜ

住 所

※限度額は入院誓約書に準じます。