

特別室料に関する同意書

個室をご希望される患者様には1日につき下記の料金をお支払い頂く事としております。
ご希望される場合は、ご同意の上同意書にご署名等ご記入下さい。

個室料金	1 人部屋	5,500 円/日
	2 人部屋	2,750 円/日

※1 人部屋は冷蔵庫・TV 使用料金を含みます。

特別室料に関する同意書・約定書

同意日 年 月 日

医療法人聖愛会 発寒リハビリテーション病院 院長殿

・特別室料に関する説明を受け、1日につき _____ 円支払うことに同意します。

・(患者氏名) _____ の特別室料は、 _____ が、お支払い致します事をお約束します。

・開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・中止日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・費用 _____ 円/日 ※1泊2日でも2日分の個室料金掛かります。

・住所 _____

・電話番号 _____

・同意者氏名 _____ 続柄: _____ 印

医療法人 聖愛会 発寒リハビリテーション病院