

## 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 5,500 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 5,500 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: \_\_\_\_\_

医療法人 聖愛会 発寒リハビリテーション病院