スタッフステーション

病衣借用申込書（御希望の方）

年　　月　　日

このたびの入院に際し、次のことを厳守し病院所定の病衣を借用します。

1，病衣の借用中、破損または紛失等の場合には、別途実費で支払います。

2，病衣借用中は、申込日より借用し退院時に返却します。

3，病衣の借用料金は、入院費支払日に精算します。

記

和泉市立総合医療センター　病院長　様

部　屋　　階　西・東 病棟　　号室

患者氏名

又は代理人
氏　名

病衣の種類　　パジャマ　・　着物型

サイズ　　S　・　M　・　L　・　LL

使用開始日　　年　月　日 ～

（種類、サイズは必ず○で囲むこと）

料　金　　1日につき50円の実費負担となります。（週３回の交換です。）