

病衣借用申込書（御希望の方）

令和 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。)