（様式５）

開放病床利用届出書

中津市立中津市民病院
　院長　　あて

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地
医　療　機　関　名
電　　話　　番　　号
Ｆ　Ａ　Ｘ　　番　　号
登　録　医　氏　名　　印

下記の患者につきまして、中津市民病院の開放病床の共同利用を届出いたします。

フリガナ		生　年　月　日	性別	男・女
患者氏名		大正･昭和･平成･令和　　年　　月　　日		

希望診療科		
症状経過 及び 治療経過		
外来診察希望日	第１希望日　　年　　月　　日	第２希望日　　年　　月　　日
入院希望日	第１希望日　　年　　月　　日	第２希望日　　年　　月　　日

※ 備考（医師への依頼事項等がありましたら。ご記載ください。

中津市民病院　相談支援センター地域医療連携室
（TEL0979－22－2836　FAX0979－22－2448）