

2階病棟 室料差額承諾書

私は、「村田会湘南大庭病院」の入院にあたり、
入院差額ベッド料を支払うことに同意します。

1. 個室

1日につき 10,000円（税込み）

年 月 日

村田会湘南大庭病院 殿

住 所 _____

患者氏名 _____ (印)

保 証 人 _____ (印)