

(様式)

令和 年 月 日

公立学校共済組合関東中央病院開放型病床入院届出書

公立学校共済組合関東中央病院院長 様

公立学校共済組合関東中央病院開放型病床への入院を希望しますので届出いたします。

紹介医療機関名 _____

住 所 _____

医 師 名 _____ (印)

患 者 名 _____