

在宅難病患者一時入院承認（不承認）通知書

様

茨城県知事

年 月 日付けで申請のあった一時入院について、次のとおり承認（不承認）としたので通知します。

入院予定期間		年 月 日 から		年 月 日まで	
入院患者	氏名	生年月日			
	住所				
申請者	氏名				
	住所				
	連絡先	電話			
入院施設名					
施設の所在地					
不承認の場合 その理由					