

第 号
年 月 日

在宅難病患者一時入院決定通知書

病院長 殿

茨城県知事

下記の者を次のとおり貴病院への入院を承認したので、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 理 由					
備 考					