（様式８）

　開放型病床入院同意書

豊橋市民病院長　様

　　紹介医療機関名

　　登録医師名

　　　この度、私が入院するにあたり、登録医の先生から共同診療に対する説明を受け、

豊橋市民病院開放型病床を利用することに同意いたします。

　　　　　　年　　　月　　　日

（患者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　(代理人)