**（様式3）**

神戸市立医療センター西市民病院 御中

開放病床利用 同意書

開放病床利用の説明を受け、入院となった場合には開放病床を利用希望し、入院期間中に共同指導があった場合は、それに伴う診療費用を負担することに同意します。

　年 　月 　日

患者氏名

親族または代理人　氏名 　　　　　　続柄（ 　　　）

紹介医療機関名

紹介登録医師名

（説明医師名）