

報徳会宇都宮病院 レスパイト入院申込書

フリガナ 患者氏名		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒			
申込者	(TEL)			
主介護者	(TEL)			
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※原則14日以内			
入院希望理由				
退院について	退院時間 (:) ・退院先 () ・移動方法 ()			
備考				

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

医療法人報徳会宇都宮病院

〒320-8521 宇都宮市陽南4丁目6番34号

(お問い合わせ先) 総合支援課 TEL 028-658-2713

Email : sogoshienka@utsunomiya-h.jp