

レスパイト入院 申込書

社会医療法人 緑社会 金田病院

地域医療連携室 宛

FAX: 0867-52-1917

令和 年 月 日

記入者

[illegible]

注) 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。