

様式第1号（第6条関係）

安中市立碓氷病院人工透析患者送迎サービス利用申込書

年 月 日

安中市立碓氷病院 院長 様

住 所 安中市

申請者 氏 名

電 話

次のとおり人工透析による治療を受けるために送迎サービスを受けたいので、申し込みます。

1 患者の氏名

2 診察券の番号

3 希望内容 ①往復利用 ②行きのみ片道利用 ③帰りのみ片道利用

4 緊急時の連絡先

連 絡 先 1		連 絡 先 2	
氏 名	(続柄)	(続柄)	
電 話			

※以下の内容は、病院で記入するので、記入しないでください。

(1)透析日 ① 月 水 金 (週 回) ② 火 木 土 (週 回)

① 往復利用 ② 行きのみ片道利用 ③ 帰りのみ片道利用

(2)透析時間 (: ~ :) 計 時間