

平成 年 月 日

医療法人社団 ○○会
○○○病院長様

実費徴収同意書

私は、下記物品の使用について担当職員より十分な説明を受け使用することに同意致します。

また、使用に当たり発生する費用についても、遅滞なく支払うことに同意致します。

希望する 物品及び文書料	使用物品	単 位	費 用 (税 込)
	紙おむつ	1枚につき	〇〇円
	尿とりパット代	1枚につき	〇〇円
	病衣リース代	1日につき	〇〇円
	歯ブラシ	1本につき	〇〇円
	歯磨き粉	1本につき	〇〇円
	バスタオルリース代	1枚につき	〇〇円
	パソコンリース代	1日につき	〇〇円
	生命保険会社提出用診断書代	1通につき	〇〇円

○○号室 患者氏名 _____ (印)

(患者様本人又は家人が署名又は押印すること)