令和　　年　　月　　日

**開放型病床共同指導同意書**

　順心淡路病院　　病院長　殿

　　　私はこの度の入院治療にあたり、順心淡路病院担当医と　　　　　　医師による

共同指導に同意いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　患者様氏名

生年月日　（M・T・S・H）　　年　　月　　日

住　　所

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　代理で記入された場合

記入者氏名

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　患者様とのご関係