

特別の病室（差額室）の提供について

患者様のご希望により、特別の病室をご用意しておりますので、ご利用希望の方は、窓口にご相談下さい。

なお、ご利用される場合は、それぞれ病室につき、治療費以外の費用をご負担いただきますので、ご承知おき下さい。

料 金 表 (税込金額)

(2階障害者病棟)

	料金(1日)	病室番号	備 考
個 室	10,800円	205・206	テレビ、洗面、TEL、トイレ
個 室	8,640円	203	テレビ、洗面、TEL
双 室	5,400円	207	テレビ、洗面、TEL
4 人 室	2,160円	208・210	テレビ、洗面、TEL

(3階療養病棟)

	料金(1日)	病室番号	備 考
個 室	7,560円	302・303	テレビ、洗面、TEL、トイレ
個 室	6,480円	301	テレビ、洗面、TEL
双 室	5,400円	305	テレビ、洗面、TEL
4 人 室	2,160円	308	テレビ、洗面、TEL

※ 下記の差額室入室への同意書をご記入の上、窓口にご提出下さいますようお願いいたします。

また、お部屋変更の際にも再度ご記入の上、ご提出をお願いする場合がございます。

※ 室料差額に関しましては、深夜0時(日付変更)で更新となります。

(1泊2日入院の場合も室料差額は2日分となります)

医療法人 明生会
賀 茂 病 院

差額室入室への同意書

私は、上記差額個室 _____ 号室に入室を希望し定められた個室料を支払うことに同意します。

平成 年 月 日

患者氏名

住 所

保証人氏名

住 所