

# 同意書

おび中央病院(以下病院という)に入院中の\_\_\_\_\_は病院  
が特別料金として徴収する下記の内容について説明を受け同意をした上で利用する事とします。

## <徴収内容>

- 洗濯代 金額 ¥5,500円/(1ヶ月)  
(但し、月途中入院及び退院の場合は、日割り計算にて徴収させていただきます。)
- 毛布洗濯代 金額 ¥400円/1回 タオルケット洗濯代 金額 ¥200円/1回
- テレビ代 金額 ¥200円(1日につき)  
 テレビ使用しません。 年 月 日

※ 上記対象項目□に☑して下さい。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※患者本人が記入できない場合は代理人がご記入ください。