医療支援ｸﾞﾙｰﾌﾟﾘｰﾀﾞｰ	医療支援グループ　担当

決裁　　年　月　日
起案　　年　月　日

別記様式第1号(第5条第1項関係)

年　月　日

広島大学病院ファミリーハウス利用申込書

広島大学病院長　殿

(申込責任者)
診療科名等
担当医氏名　　㊞
内 線 番 号

下記のとおり広島大学病院ファミリーハウスの利用希望がありましたので，申し込みます。

記

患 者 氏 名	ID：　－　－	
利　用　者　氏　名 ※小児がん患者・小学生以下の児童には，○印を付けてください	(利用代表者)	患者との続柄(　)
		患者との続柄(　)
		患者との続柄(　)
連絡先：携帯番号		
利用者区分	□小児がん患者の家族　□その他	
利 用 状 況	□初めて利用する　□利用したことがある	
利 用 期 間	年　月　日 ～　年　月　日(午前10時)	
利 用 料 金	泊　名　(　円)	
必要寝具数	組	
駐　車　券	□要　□不要	※1回の利用につき原則1枚のみの支給となります。 なお、入院日・退院日・手術日・外来日はファミリーハウスでの支給対象外です。
備　考		