文書２

同意書

公益社団法人 赤磐医師会

　赤磐医師会病院 院長　殿

　私は、　　　　　　　　　　　施設に入所・入居中ですが、入所・入居中に自身の体調の変化により、かかりつけ医及び施設職員の判断により入院を要する可能性が疑われ医師の診察等が必要と認められた場合、赤磐医師会病院の搬送車両により赤磐医師会病院に赴き、同病院において診察・治療を受けることに同意致します。

　　年　　月　　日

　入所者

　　住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　（代筆者　　　　　　　　　　　　）

　家　族

　　住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　（入所者との続柄：　　　　　　　）

　後見人

　　住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞