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 |
| 備考 |  |