

## 간병인실 사용신청서

성 명 :

병 록 번 호 :

병 실 : \_\_\_\_호

간 병 인 료 : 25,000 원

위와 같이 간병인실을 사용할 것을 신청하며 기준 병실료 외의 간병인료는 본인이 전액 부담하겠으며, 입원기간 중 감염성질환 및 위급한 환자 발생 시, 부득이하게 병실을 옮길 수도 있습니다.

2020년       월       일

환자와의 관계 : \_\_\_\_\_

신 청 인 : \_\_\_\_\_ (인)



**경기도의료원 의정부병원**

GYEONGGI PROVINCIAL MEDICAL CENTER – UIJEONGBU HOSPITAL