

テレビ使用申込書

テレビの使用を希望いたします。

テレビ使用料 (1日) 380円

使用開始日 _____年 _____月 _____日

使用中止日 _____年 _____月 _____日

病室番号： _____号室

患者様氏名： _____様

申込者氏名： _____様 患者様との続柄： _____

住 所： _____

電話番号： _____

注：

1. 中止する場合は、直ちに病棟ナースステーションまでお申し出下さい。
2. 料金等に関することは受付までお申し出下さい。

受付窓口時間 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後4時30分まで
土曜日 午前8時30分から午後0時まで

滝野川病院