

テレビ申込書

滝野川病院 御中

利用者氏名.....

申込者氏名..... 印 (続柄)

申込日 年 月 日

利用開始日 年 月 日

利用中止日 年 月 日

テレビ利用料	1日	390円
--------	----	------

*利用を中止する場合は、直ちに病棟ナースステーションまで
お申し出下さい。