

承 諾 書

私はこの度、熊本リハビリテーション病院に入院するに当り、下記の料金について十分な説明を受けましたので、個室及び電気器具使用等、下記に該当する場合には下記料金を負担することを承諾致します。

1、室料差額(消費税含・一日につき)

	(本館)	(東館)
特室	7,350円	10,500円
個室	5,250円	8,400円
二人部屋	2,100円	3,150円

2、電気器具使用料(消費税含・一日につき)

冷蔵庫 105円

* 病院内の器具・備品等を故意、又は過失により破損された場合には損害実額をご請求させていただきます。

平成 年 月 日

患者氏名 印

連帯保証人氏名 印

熊本リハビリテーション病院長 殿