

年 月 日

患者ID _____

_____様

お支払いのお願い

年 月 日 科にて

訪問看護ステーション宛に訪問看護指示書を作成・交付しました。次回来院時に文書料として¥ _____ を3番窓口にてお支払いをお願いします。

安城更生病院 医事課文書担当

電話番号 0566-75-2165

次回来院時にお支払
をお願いします

