②許可証

年　　月　　日

住民登録に関する許可書

患者（利用者）現住所

氏　名

生年月日　　　　年　　月　　日生

上記の者、下記の理由により００病院（００施設）に住民登録をすることを許可いたします。

住民登録住所　　　　八王子市０００町０００番地

名　　　　称　　　　００病院（００施設）

住民登録日　　　　００年００月００日

|  |
| --- |
| 許可の理由　　□　　単身で現住所に居住することが困難であり、他に身寄りがないため　　□　　その他の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |

年　　月　　日

医療機関（施設）名

管理者氏名　　　　　　　　㊞

電話番号

担当者氏名