

(新)

別紙様式第1(第5条第2項関係)

ID欄

校費負担患者認定申請書

- 入院
□ 外来

年 月 日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名

診療科長名

担当医名

下記のとおり校費負担患者としての認定を申請しますので承認願います。

Application form table with sections: 申請期間, 病名, 症例区分, 認定基準, 負担区分, 負担区分の内容, 校費負担を必要とする経緯及び理由, 承諾. Includes checkboxes for various criteria and a signature line.

- (注意事項) 1. 申請期間は、3ヶ月を限度とします。継続する場合は、再度申請すること。 2. 入・外別に申請すること。 3. 申請時には、別紙様式第2「校費負担患者協力内容報告書」も添付すること。

(申請期間が終了したときは報告書を返送するので、すみやかに成果等を記入し提出すること)

Table with 6 columns: 病院長認定, 事務局次長(病院担当), 医療支援課, 課長補佐, and two empty columns.