

入院届

平成 年 月 日

JPCL 西部 会長 殿

1ヶ月を超える入院加療がありました旨、お届けいたします。

氏名 _____ (印)

JPCL 西部 会員番号 _____

JPCL 西部 受理日 平成 年 月 日