

共同指導料自己負担金徴収委託契約書

私は、石川県立中央病院の開放病床の利用にあたり、登録医側の共同指導料に係る患者負担金の徴収については、貴院に委託します。

年 月 日

医療機関名 _____

登録医氏名 _____ 印

当院は、上記登録医側の共同指導料に係る患者の自己負担金の徴収については、これを受託します。

年 月 日

石川県立中央病院

院長 _____ 印