2023/5/18

外　出　外　泊　許　可　申　請　届

次のとおり外出・外泊したいので、許可してくださるよう届出します。
なお、外出・外泊することについて、付記した事項を外出・外泊付添者と連帯で守ります。

1　区　　分　　外　　出　・　外　　泊

2　予定日時　　自　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

　　至　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

3　外出外泊先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4　理　　由

5　留意事項　　イ　さわらび医療福祉センターに戻る時間が変更になる場合必ず病棟に連絡します。
　　ロ　主治医等から指示された事項についてはその指示に従います。
　　ハ　その他

年　　月　　日　　外出外泊者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

付　添　者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿

6　出所　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

　帰所　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

外出・外泊を許可します。緊急時など以下にご連絡下さい。

〒370-0072　群馬県高崎市大八木町168-1
社会福祉法人榛桐会　さわらび医療福祉センター
（ＴＥＬ）027-361-6111　（ＦＡＸ）027-361-6112

主　治　医＿＿＿＿＿＿＿＿印

病棟責任者＿＿＿＿＿＿＿＿印

帰　所　確　認

棟責任者

社会福祉法人榛桐会　さわらび医療福祉センター