附件1

**监利市人民医院住院病人更改姓名申请书**

患者有效身份证明上的姓名： 患者住院时所用名字：

住院号： 患者入住的科室：

入院日期： 出院日期：

现申请更改后名字：

入院时用错名字的原因： ，本人对所提供的身份证明材料内容的真实性负责，并对因改名行为引发的一切后果负全部责任。

特此申请。

 申请人签名：

 与患者的关系：

 年 月 日

附患者及代办人有效身份证明复印件（剪裁后粘贴在下方空白处，同时提供原件审核）

附件2

**监利市人民医院住院病人更改姓名通知书**

患者 （入院时姓名），性别 ，年龄 ，于 年 月 日， 入住我院 科 床进行治疗，住院号为 ，因患者提出其入院时姓名与有效身份证明上姓名不符，现申请更改，经初步核对，其有效身份证明上姓名应为 。

特此证明

 管床医生签名：

科主任签名：

医教科审核盖章：

 年 月 日

（本通知书一式两份，一份交给患者，一份连同申请改名有关证明材料一起存入病历中。）