

入院申込書(入院誓約書)

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(歳)
氏名	(印)		勤務先	TEL - -			
現住所	〒 -			TEL - -			
未成年または 保護を要する方	保護者氏名		本人との関係				
連絡先	氏名	(印)					
	住所	〒 -			TEL - -		

大場内科病院への入院に際し、下記事項を守ることを保証人と連帯してお約束いたします。

1. 入院医療に関する諸規則を守り、病院の医師・看護師及び他の職員の指示に従います。
2. 入院費、治療費その他諸経費は所定の期日までに入院者または連帯保証人が責任をもって納入いたします。
3. 保険診療適用外については自己負担として承諾いたします。
4. 退院を命ぜられた場合は、連帯保証人の責任において所定の期日までに必ず引き受けます。

連帯保証人記入欄1

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(歳)
氏名	(印)			TEL - -			
現住所	〒 -			携帯 - -			
勤務先	〒 -			TEL - -			
患者本人との関係	親・夫・妻・子・親族・知人・その他()						

連帯保証人記入欄2

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(歳)
氏名	(印)			TEL - -			
現住所	〒 -			携帯 - -			
勤務先	〒 -			TEL - -			
患者本人との関係	親・夫・妻・子・親族・知人・その他()						

大場内科病院