

入院申込書 兼 誓約書

入院日：令和 年 月 日

医療法人社団 聖秀会
聖光ヶ丘病院 院長 殿

入院時は貴院の諸規則を守り指示に従います。また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

記

1. 入院者の一身上に関することについては、連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
2. 入院治療費その他諸経費は、指定の期日までに連帯保証人が責任をもって納入いたします。
3. 退院を命ぜられた場合は、連帯保証人の責任において、指定の期日までに必ず引き受けます。

以上

入院者	フリガナ		性別	男・女
	氏名	⑩		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)		
	住所	〒 -	施設の方は施設名記入	

連帯保証人	フリガナ		入院者との続柄	
	氏名	⑩	配偶者	子
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)	子の配偶者	同居人
	住所	〒 -	その他:	
	勤務先名称		電話番号	-
		携帯電話	-	
勤務先住所	〒 -	勤務先電話	-	

入院費お支払い方法予定： 現金 クレジットカード 銀行振り込み

※請求書の送付先は連帯保証人となります。

担当者記入欄	患者 ID:	受付	入力
--------	--------	----	----