

入院証書

フリガナ 氏名	
生年月日／性別	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)／男・女
現住所	〒 電話 (- -)
職業又は勤務先	電話 (- -)
入院中の連絡先	電話 (- -) 患者との関係 ()
入院日	年 月 日

※入院中の連絡先は、病院からいつでも連絡のとれる番号をご記入ください

私こと、今般貴院に入院するにあたり、諸規則、ご指示を守りますと共に、下記事項については保証人と連署をもって、誓約致します。

1. 入院中は治療方針について十分な説明を受け、医師の指示に従い治療に専念いたします。
2. 主治医の指示に従わない時、入院後規則を守らない又はその他の理由で退院を命ぜられた場合は、指定の期日に保証人の責任において引き取ります。
3. 入院料、その他の諸料金は病院指定の期日までにお支払い致します。

本人氏名

(責任能力のない場合は法定代理人)..... ㊟

保証人 氏名 ㊟ 患者との関係.....

(近親の方)

住所 電話 (- -)

職業又は勤務先..... 電話 (- -)

保証人 氏名 ㊟ 患者との関係.....

(近親の方)

住所 電話 (- -)

職業又は勤務先..... 電話 (- -)

保証金 ¥70,000

年 月 日

社会医療法人 入間川病院 院長 殿