

§ 入院申込書 §

このたびの入院に際し、貴院の諸規則及び指示をかたく守り、万一違反した場合は、いつ退院を命ぜられても決して意義のないことを確約いたします。また、入院諸費用等の支払いについても、保証人と連帯して納入期限までに必ず支払うことといたします。

なお、患者の身上に関する一切のことは、すべて保証人が引き受けます。

決 済 印

医療法人大和正信会
ふじおか病院 院長 殿

年 月 日

入院患者者	氏 名	M・T・S・H 印 年 月 日生
	現住所	T E L (自宅) (携帯)
	勤務先	T E L ()

家族連絡先	氏 名	M・T・S・H 印 年 月 日生
	現住所	T E L (自宅) (携帯)
	勤務先	T E L ()
	入院患者との関係	

保証人(別世帯)	氏 名	M・T・S・H 印 年 月 日生
	現住所	T E L (自宅) (携帯)
	勤務先	T E L ()
	入院患者との関係	

《 ご注意 》

- ①入院患者が未成年のときは、親族者・扶養義務者または後見人がお申し込みください。
- ②入院患者が心神喪失者のときは、配偶者・扶養義務者または後見人がお申し込みください。
- ③保証人は、独立の生計を営む成年者で支払能力のある身元が確実な方とします。
- ④入院中に入院申込書の記載事項に変更が生じた場合は、必ず医事係へ連絡してください。

医療法人大和正信会
ふじおか病院