

入院申込書

(入院誓約書)

入院日： 令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	M T S H	年	月	日
氏名	印		職業 (勤務先)				
現住所	〒 -		TEL ()				
未成年または 保護を要する方	保護者氏名		本人との続柄				
連絡先	氏名						
	住所	〒 -	TEL ()				

札幌第一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。

- 入院医療に関する諸規則ならびに診療上指示されました事項を必ず守って、療養に専念いたします。万一履行できない時は、退院、診療の中止の処分を受けることを承諾いたします。
- 諸費用は所定の期日までに支払います。
- 保証限度額は30万円といたします。

連帯保証人記入欄

ふりがな	
氏名	印
現住所	〒 - TEL () -
勤務先	TEL () -
患者本人との関係	親 夫 妻 子供 親族 知人 その他 ()

〒063-0804 札幌市西区二十四軒4条3丁目4番26号

社会医療法人孝仁会 札幌第一病院

院長 嵐 方之