

入院証書

医療法人社団 三秀会
羽村三慶病院 院長 殿

令和 年 月 日

私は、貴院の入院治療を受けるにあたり、保証人と連帯のうえ
下記の事項を守ることをお約束いたします。

記

- 病院の諸規則を守り、院内生活等については貴院の指示に従います。
- 退院、その他の指示については貴院の指示に従います。
- 入院費、その他の諸料金は指定された日までに支払います。

患者氏名 _____ 印 _____ 明・大 年 月 日生
昭・平
現住所 _____ 電話 ()
本籍地 _____
職業 _____
勤務先 名称 _____ 電話 ()
所在地 _____

保証人

氏名 _____ 印 _____ 患者との関係 ()
現住所 _____ 電話 ()
勤務先 名称 _____ 電話 ()
所在地 _____

連絡先

連絡順位
(1) 氏名 _____ 患者との関係 () 電話 ()
携帯 ()
(2) 氏名 _____ 患者との関係 () 電話 ()
携帯 ()
(3) 氏名 _____ 患者との関係 () 電話 ()
携帯 ()

緊急連絡先 氏名 _____ 電話 () (自宅・勤務先)

※ 緊急連絡先は上記以外で必ず連絡が取れるところ(職場等)をご記入ください。