

ID : _____
氏名 : _____

【 入 院 申 込 書 兼 誓 約 書 】

社会医療法人 禎心会
札幌禎心会病院 院長 徳田 禎久 殿

20 年 月 日

- 貴院に入院の上は、医師並びに関係職員の指示事項は厳守いたします。
- 貴院の治療内容、手術内容・造影検査等の処置などの経過予想等について十分納得した上で承諾し、その施行を依頼します。
- 入院費用は、入院中の場合は毎月20日までに、退院の場合は退院時に全額お支払いいたします。
- 入院費用を滞納した場合は、^{*}70万円を極度額として下記の連帯保証人がお支払いいたします。
- 私物の紛失及び破損等については自己責任といたします。
- テレビ・冷蔵庫の持ち込みは禁止いたします。
- 上記の事項を万が一違反の場合は、退院を命ぜられても異議は申しません。
- 本誓約書は入院費用完済まで有効とする。

以上の項目を承諾の上、入院を申し込みます。

《本人》 ※ご入院される患者氏名を記載願います。

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名	(印)		年 月 日生	
郵便番号	—	住所		
電話番号	自宅 () —	携帯電話	— —	
勤務先	会社名	電話番号	() —	
	住所			

《親権者又は後見人》 ※ご入院される患者様が未成年の場合に記載願います。

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令
氏 名	(印)		年 月 日生	
郵便番号	—	住所		
電話番号	自宅 () —	携帯電話	— —	
勤務先	会社名	電話番号	() —	
	住所			

《連帯保証人》 ※ご入院される患者様と同居されていない方をお願いいたします。

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令
氏 名	(印)		年 月 日生	
郵便番号	—	住所		
電話番号	自宅 () —	携帯電話	— —	
勤務先	会社名	電話番号	() —	
	住所			

連帯保証人欄 代筆の場合必須	記載者氏名	(印)	関係	
-------------------	-------	-----	----	--

*令和2年4月1日から民法改正に伴い、連帯保証人に対する極度額を制定する事となりました。 □連帯保証人なし