

# 入院誓約書

入院者氏名

生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

住 所 (電話)

職業・勤務先

私こと、坂戸中央病院に入院の上は、諸規則、指示を守ると共に下記事項については、保証人と連帯の責に任じ、坂戸中央病院には一切迷惑を掛けません。

### 記

1. 主治医の指示に従わないときは、退院を勧告されても異議を申しません。
2. 入院料、その他の諸料金は、入院者または連帯保証人が責任を持って遅滞なく支払います。

以上

年 月 日

入院者氏名  
(または法定代理人氏名)

印

連帯保証人 1  
(自署)

氏 名

印

患者との関係

住 所

電話

職業・  
勤務先

電話

極度額 ￥ 1,000,000 円

連帯保証人 2  
(自署)

氏 名

印

患者との関係

住 所

電話

職業・  
勤務先

電話

極度額 ￥ 1,000,000 円

※ 連帯保証人の内、必ずお一人は別世帯の方をお願いいたします。

※ 空白が無いよう全て記入をお願いいたします。

坂戸中央病院長 殿

提出先：1F 受付窓口