

入院誓約書

赤文字の欄ご記入お願い致します。

入院者氏名

坂戸 太郎

生年月日 西暦

1941年

6月

15日

(80歳)

住所 坂戸市南町 30-8

(電話) 049-283-0019

職業・勤務先 無職

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

2022年5月20日

入院者氏名

坂戸 太郎

印

←捺印お願い致します。

(または法定代理人氏名)

連帯保証人1 (自署)

氏名 坂戸 花子

印

患者との関係

妻

住所 坂戸市南町 30-8

↑捺印お願い致します。

電話

049-283-0019

職業・勤務先 無職

電話

極度額 ￥ 1,000,000 円

連帯保証人2 (自署)

氏名 坂戸 次郎

印

患者との関係

長男

住所 坂戸市本町 2-13

↑捺印お願い致します。

電話

090-0000-0000

職業・勤務先 会社員 ~会社

電話

049-000-0000

極度額 ￥ 1,000,000 円

別世帯の方でお願い致します。

連帯保証人の内、お一人は

※ 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

保証金 50,000 円を添えて頂き、受付窓口へお持ち下さい。

提出先：1F 受付窓口