

# 入院誓約書

入院日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

## 医療法人 福慈会 福外科病院長様

このたび、貴院に入院して治療を受けることになりました。つきましては、病院の入院規則及び指示を守り、治療に専念するとともに診察費その他一切の費用を速やかにお支払いいたします。支払い不能の場合は連帯保証人が引き受け、指示通り完納いたします。

上記に違反して退院を命じられても一切異議を申し立てません。ここに連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

平成 年 月 日

患者	住所	〒	—	電話	( )
	フリガナ氏名				(印)
	勤務先			電話	( )
	患者が未成年、精神障害者の場合は保護者が署名捺印してください。	保護者氏名			(印)
連帯保証人	住所	〒	—	電話	( )
	フリガナ氏名			患者との続柄	( )
	勤務先			電話	( )
■入院中の連絡先を記入してください。(携帯電話でも結構です)					
① 第1連絡先は必ず連絡のとれるところに下さい					
第1連絡先:	(氏名)		(続柄)	(連絡先) 電話	( )
第2連絡先:	(氏名)		(続柄)	(連絡先) 電話	( )
第3連絡先:	(氏名)		(続柄)	(連絡先) 電話	( )

※注1 本誓約書は入院当日受付へ提出してください。

※注2 連帯保証人は別生計を営む成年者に限ります。

※注3 入院費用として病室によっては室料差額が必要ですのでご了承ください。