

入院誓約書

令和 年 月 日

私、_____は上記の入院年月日より医療法人 静光園 白川病院へ入院致しますが入院につきまして、下記の項目につき全て同意、誓約致します。

- 一、療養上の諸規則及び指示には全て従います。
 - 一、病院の施設又は備品に対して破損があった場合は弁済致します。
 - 一、医師が入院の必要性がないと判断した場合は退院の指示に従います。また、病院や他の患者様に迷惑の掛かる行為があった場合、及び入院料金、その他諸費用の支払いが翌月中に行われなかった場合等も退院の指示に従い、一切の異議申し立て致しません。
 - 一、入院料金、その他の費用は指定日(下記記載)までに、必ずお支払い致します。
- 上記の項目全てに関し、入院申込者、身元引受人及び保証人は同意及び連帯保証債務を負います。

入院される方	住 所	電話番号
	氏 名 印	性 別 男性 ・ 女性
	生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日(満 歳)
入院申込者	住 所	電話番号
	氏 名 印	勤務先() 電話番号
	続 柄	携帯番号
	生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日(満 歳)
身元引受人 及び 連帯保証人	住 所	電話番号
	氏 名 印	勤務先() 電話番号
	続 柄	携帯番号
	生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日(満 歳)
身元引受人 及び 連帯保証人	住 所	電話番号
	氏 名 印	勤務先() 電話番号
	続 柄	携帯番号
	生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日(満 歳)

- ・入院誓約書は入院当日までに署名捺印の上、必ず受付に提出をお願い致します。
- ・入院諸費用は月締めの翌月 10 日～15 日の間にお支払い下さい。尚、身元引受人及び連帯保証人の方は、いつでも連絡可能な方をお願いします。
- ・入院中の本人以外への「病状説明」「検査データの提示」等については、身元引受人及び連帯保証人にのみ致します。