

入院申込書

医療法人菊郷会 愛育病院 院長 殿

このたび入院するにあたり、貴院の諸規則並びにその指示事項は固く守り、入院料その他料金の支払いは勿論、決して貴院にご迷惑をおかけ致しません。

令和 年 月 日

患者	(フリガナ)		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
	氏名	Ⓜ					
者	現住所	電話					
	勤務先	電話					
身元引受人	(フリガナ)		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
	氏名	Ⓜ					
人	現住所	電話					
	勤務先		患者との 関係				

上記患者の入院につきましては、本人および身元引受人と連帯し、入院料その他の料金の支払いについても極度額 100 万円の範囲で連帯保証し、貴院に迷惑をおかけ致しません。

連帯保証人	(フリガナ)		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
	氏名	Ⓜ					
人	現住所	電話					
	勤務先		患者との 関係				

※原則として連帯保証人は独立の生計を営み、支払い能力のある方とします。

その他ご不明な点がございましたらご相談下さい。