

# 入院申込書

滝野川病院 院長殿

提出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

## ■ 保証人記入欄

フリガナ				性別
患者氏名				男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
ご自宅	住所	都道府県	区市郡	
	電話番号	( )	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
フリガナ				患者との続柄
保証人氏名				
ご自宅	住所	都道府県	区市郡	
	電話番号	( )	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
勤務先	名称		住所	
	電話番号	( )		
誓約	<ul style="list-style-type: none"><li>●入院中は病院の規則を厳守します</li><li>●治療に関しては、医師の指示に従います</li><li>●治療費およびその他の費用については、決められた期日までに支払ます</li></ul>			

## ■ 連帯保証人記入欄(保証人の方とは別世帯の方をお願いしてください)

フリガナ				患者との続柄
保証人氏名				
ご自宅	住所	都道府県	区市郡	
	電話番号	( )	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
勤務先	名称		住所	
	電話番号	( )		
誓約	●治療費その他の費用が万一未納となった場合は、責任をもって私が支払います			