

# 入院申込書（兼誓約書）

令和 年 月 日

那須北病院 病院長 殿

入院の際は貴病院の諸規則を守り、指示に従います。

また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

## 記

- 入院者の一身上に関することについては、願出人又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 入院料、治療費その他諸経費は、遅延なく願出人又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 入院中に貴院設備物品等の器物破損をした場合は、全額弁償いたします。
- 入院者および家族などの次の行為により、退院や転院を勧告された場合は速やかに応じます。
  - ・来院者および医療者に対する暴力行為、暴言、威嚇行為、性的嫌がらせ、その他迷惑となる行為。
  - ・病院敷地内及び病院周辺道路上などでの飲酒行為、無断離院。

願出人（診療費等支払者）	入院者	ふりがな		性別	男 ・ 女
		氏 名			
		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日（ 歳）		
		住 所	[〒 - ]		
		連絡先	第1連絡先（電話番号） - - 第2連絡先（電話番号） - -		
		勤務先	(電話番号) - -		
	申込者	ふりがな		続柄	
		氏 名			
		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日（ 歳）		
		住 所	[〒 - ]		
		連絡先	第1連絡先（電話番号） - - 第2連絡先（電話番号） - -		
		勤務先	(電話番号) - -		

※ 入院者と申込者が同じ場合は申込者の記載は不要です。

※ 入院者本人が被扶養者の場合は、その保護者（被扶養者）も申込者欄に署名捺印してください。

連帯保証人	私は、上記入院者の一身上に関する引き受け及び、診療により生じる診療費、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について極度額50万円を上限として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。			
	ふりがな		続柄	
	氏 名			
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日（ 歳）		
	住 所	[〒 - ]		
	連絡先	第1連絡先（電話番号） - - 第2連絡先（電話番号） - -		
勤務先	(電話番号) - -			

お預かりした個人情報は厳重に管理いたします。