

入院保証書

(入院年月日) 平成 年 月 日

公益財団法人 鷹揚郷・腎研究所・弘前病院長殿

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が、入院中は貴院の規則並びに診療上の指示事項を守り、治療に専念します。

万一、これに違反した場合は、いつ退院を命ぜられても異義は申しません。

また、入院費の支払い及び患者の責任に起因する事故等が生じた場合は、保証人と共に全ての責任を負うことを、下記の通り連署によって保証します。

願 出 人	患 者	願出人は、患者さん本人になりますので、患者欄は必ず記入してください。					
		フリガナ 氏名		印	明・大 年 月 日生 昭・平 (満 才)		
		現住所	Tel () -				
		職業	勤務先 名 称			Tel () -	
人	親 権 者 又 は 後 見 人	患者さんが未成年及び心神喪失者である場合にのみ記入してください。 この場合、患者欄への押印は必要ありません。					
		フリガナ 氏名		印	明・大 年 月 日生 昭・平 (満 才)		
		現住所	Tel () -				
		職業	勤務先 名 称	Tel () -	患 者 との関係		
保 証 人	保証人は、患者さんと別世帯の成年者で、独立して生計を営み（年受給者でも可）支払い能力のある身元確実な方とします。						
	フリガナ 氏名		印	明・大 年 月 日生 昭・平 (満 才)			
	現住所	Tel () -					
	職業	勤務先 名 称	Tel () -	患 者 との関係			

この入院保証書は、入院するとき必ず持参し受付へ提出してください。