

入 院 願

医療法人順風会 天山病院
院長 宇都宮一泰 殿

年 月 日

入院患者	氏名		生年 月 日	M・T・S 年 月 日生
	住所	〒 _____ Tel (_____) _____		

上記の者につき、このたび貴院に入院治療を受けたく許可をお願いします。

尚、入院のうえは、貴院の諸規程を守らせ、下記の各号を相違なく履行することを誓約します。

記

- (1) 検査及び、その他、診療中の不可抗力の事故については異議を申しません。
- (2) 貴院からの借用物品（寝具等）及び、施設について紛失・破損等した場合は弁償します。
- (3) 貴院から病状軽快による退院の指導を受けた場合には、これに従います。
- (4) 貴院の規定に反した場合は、退院命令を受けても異議はありません。
- (5) 入院中は、貴院の許可なく他の病院への受診等はいたしません。
- (6) 入院治療費及びその他の諸費用は、指定の期日までに納入します。万一本人が不履行の場合、連帯保証人は極度額 200 万円を限度として、入院患者本人と連帯して履行の責任を負います。

連身帯元保引証受人①兼	氏名		印	本人との関係	
	住所	〒 _____			
	連絡先	携帯 (_____) _____ / 自宅 (_____) _____			

連身帯元保引証受人②兼	氏名		印	本人との関係	
	住所	〒 _____			
	連絡先	携帯 (_____) _____ / 自宅 (_____) _____			

(注1) 身元引受人兼連帯保証人は、独立して生計を営む成人でなるべく松山市内に在住している方をお願いします。

(注2) 身元引受人兼連帯保証人②は、①と別世帯の方でお願いします。

(注3) 連帯保証人の記入は、直筆でお願いします。