

医事課長		入院手続者	

入院申込み並びに身元引受書

佐野厚生総合病院 殿

フリガナ 患者氏名	④	男 ・ 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (歳)
〒	職業					
住所	電話 ()					

貴院に入院いたしたいので御承認ください
(お読み頂き、をお願いします。)

- 入院案内に書かれた事項を守り、病院の業務を妨げるような行為、ほかの入院患者に迷惑がかかるような行為を慎み、ご迷惑をおかけ致しません。
- 入院診療費・食事代・その他入院に関わる自己負担費用につきましては、滞りなくお支払いします。
- 貴院の器物等を破損した場合は、実費にて賠償いたします。
- 入院中に主治医の指示なく他医療機関を受診する場合には、実費にてお支払い致します。

身元引受人・保護者

氏名	④	患者との 続柄	職業
〒	職業		
住所	電話 ()		

連絡先 ※患者とは異なる住所の方をご記入下さい。(独立し生計を営む成人の方)

氏名	④	患者との 続柄	職業
〒	職業		
住所	電話 ()		

入院医療費についてのご質問や、お支払いに関してご不安な点はありますか。必要に応じて担当者がお話を伺います。

ある・ない
(どちらかに○)