

入院申込・誓約書（兼緊急連絡先）

医療法人 社団 慶晃会
南山リハビリテーション病院 病院長殿

入院日	
退院日	

記入日 令和 年 月 日

貴院の入院治療を受けるにあたり、患者本人及び、連帯保証人は以下の事項を守ることを誓約いたします。
記

1. 病院の諸規則を守り、院内生活等について貴院の指示に従わず退院を求められた場合は、退院に関する手続をいたします。
2. 住所・保険証等の変更は、遅滞なくお知らせいたします。
3. 入院費その他南山リハビリテーション病院が提供するサービスに対する諸費用を、指定された日までに患者本人及び、連帯保証人の責任において遅滞なくお支払いいたします。
4. 病院より貸与された物品を紛失・破損した場合は、患者本人及び、連帯保証人が購入・修理費用等の実費を負担いたします。

患者本人（支払責任者）

フリガナ		大・昭 平・令	年 月 日生
氏名	男・女		
現住所	〒	電話	()
		携帯	()

連帯保証人（ご家族可）

フリガナ		年齢	歳
氏名	男・女	続柄	
現住所	〒	電話	()
		携帯	()
勤務先	名称	電話	()
	所在地		

※連帯保証人の記載はご本人にお願いします。（代筆不可）

※連帯保証人につきましては責任極度額を設けております。責任極度額は連帯保証人お1人につき100万円です。

※南山リハビリテーション病院が提供するサービスとは、入院および外来診療に関連するサービス全般を指します。

当院ではご入院された際の緊急連絡先を事前に伺っております。必ず連絡のつく箇所をご記入お願いいたします。

フリガナ
1. 氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 (_____ 才)
電話 _____ 携帯 _____ 日中 可・不可
夜間 可・不可

フリガナ
2. 氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 (_____ 才)
電話 _____ 携帯 _____ 日中 可・不可
夜間 可・不可