

入院誓約書兼保証書

医療法人 三仁会 春日井整形あさひ病院
院長 殿

貴院に入院したいのでご認可下さい。
入院の上は諸規則、その他指示の事項を堅く守り、万一違反した時は退院を命ぜられても異議は
申しません。

入院日西暦 年 月 日

患者	住所	〒			
	氏名	電話 ()	生年月日	年 月 日	
	勤務先 又は職業				
保証人	住所	〒			
	氏名	電話 ()	生年月日	年 月 日	
	勤務先 又は職業			入院者 との続柄	

上記の者が貴院に入院いたすことになりました上は、本人の身元に関する全ての事項を引き受け、
診療費の支払いについても貴院に御迷惑をおかけ致しません。

連帯保証人	住所	〒			
	氏名	電話 ()	生年月日	年 月 日	
	勤務先 又は職業			入院者 との続柄	

※注: 連帯保証人は入院者と生計を別にし、独立の生計を営む成人者で、身元の確実な方である事。