

カルテ No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 様

提出先: 1F 総合受付へ

## 入院申込書

男 明・大

患者氏名 ふりがな 女 昭・平 年 月 日生 (満 才)

現住所 自宅電話 ( ) 局 番  
携帯電話 - -

私は、貴病院に入院を申し込みます。入院するにつきましては、貴病院の規定及び指示を厳守し入院費等の診療費は所定の期日までに必ず支払い、決して貴病院に迷惑をかけない事を約束いたします。

平成 年 月 日

### 入院申込者

住所

氏名

印

※ 但し、入院申込者（患者）が未成年の場合は親権者

都城市郡医師会病院 総病院長 殿

## 身元引受・債務保証書

上記の者の入院については、本人の身元に関する一切の事項を保証するとともに、入院費及びその他の費用の支払いができない場合は、私が全責任をもってお支払いし、決して貴病院へ迷惑はかけません。 また、退院を命ぜられた場合は、指定の期日に本人を引取ります。

平成 年 月 日

連帯保証人（患者との関係 )

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 自宅電話 ( ) 局 番  
携帯電話 - -

住 所 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_ 勤務先電話 ( ) 局 番

都城市郡医師会病院 総病院長 殿

入院年月日 平成 年 月 日