

入院申込書 兼 誓約書

医療法人せいわ会
大阪脳卒中リハビリテーション病院 院長 殿

私(本人)と代理人は、貴院への入院にあたり、貴院の諸規則を遵守し、医師等の指示に従い、下記事項及び「入院のご案内」の事項を守り、貴院にご迷惑をかけません。万一、違反したときは、退院を命じられても意義は申しません。

また、代理人は、本人親族一同の窓口となり、貴院入院中の本人に関する一切の責任を引き受けます。入院料金などの支払いについては、本人(家族)及び保証人の連帯責任において、一切貴院にご迷惑をかけません。

以上のことを、連帯保証人連署のうえ、誓約します。

記

- 貴院の備品、器具などを破壊若しくは紛失した場合は、弁償します。
- 次の行為があった場合で、退院や転院を勧告をされた場合は、それに応じます。また、行為が著しく悪質と判断される場合は、警察への通報があることを承知します。
**窃盗、脅迫、暴力行為、迷惑行為、酒類の持ち込みや飲酒、セクシャルハラスメント
無断外出及び外泊、病院敷地内及び病院周辺路上等での喫煙(電子タバコ含む)**
- 入院期間中、治療目的で写真や動画を撮影する場合があります。またこれらの診療情報等は、医学研究のため学会等で利用させて頂く場合があります。なお、利用に際しプライバシーには十分配慮いたします。
(上記3に同意しない場合はチェックをしてください □)

上記「1～3」および貴院の「入院のご案内」を一読し、内容を理解、同意しましたので下記の通り入院の申し込みを行います。 ※自筆で署名される場合の押印は不要です。

		申込日	年	月	日
本人	氏名	-----	①	性別	(男 ・ 女)
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生 歳
	住所	〒 -			
	自宅電話		携帯電話		
代理人	氏名	-----	①	本人との関係	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生 歳
	住所	〒 -			
	自宅電話		携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話		
連帯保証人 (本人様と生計 が異なる方)	氏名	-----	①	本人との関係	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生 歳
	住所	〒 -			
	自宅電話		携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話		
	極度額	100万円			