

入院承諾書

三枚橋病院院長 殿

このたび入院することにつきましては、下記事項を守り、決して貴院にご迷惑をかけることを約束いたします。万一違背しました場合は、退院を命ぜられましても異論を申しません。

記

- (1) 貴院の入院規定・諸規則・指示等はすべて守ります。
- (2) 治療に関しましては一切お任せし、異論を申しません。
- (3) 入院料その他の諸料金は指示どおり、その指定日までに必ず支払います。
- (4) 退院の指示があった場合には、必ず期日までに退院いたします。
- (5) 記載事項に変更が生じた場合は、速やかに届出いたします。
- (6) 入院中の器物破損については、すべて弁償いたします。

令和 年 月 日

入院者	現住所	
	氏名	(印)
	電話番号	

入院同意者	現住所			
	氏名	(印)	入院者との関係	
	電話番号		緊急時連絡先	

支払義務者	現住所			
	氏名	(印)	入院者との関係	
	電話番号		緊急時連絡先	

連帯保証人	現住所			
	氏名	(印)	入院者との関係	
	電話番号		緊急時連絡先	

※法律により入院同意者の身分証の確認とその写しの保管が義務づけられております。
運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード等のご提示をお願いします。

運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他 ()