

様式第2号（第6条関係）

入院申込書兼保証書

年 月 日

さぬき市病院事業管理者
（さぬき市民病院長） 殿

患者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

入院患者本人	<p>私は、さぬき市民病院（以下「病院」という。）に入院したいので申し込みます。 ついては、入院中は、診療上の指示や病院の規程を堅く守り、病院職員、他の患者等に御迷惑を掛けないことを誓約し、これらの事項に違反したときは、退院を命ぜられても異議は申しません。 また、診療に関する費用負担については、病院から通知があり次第、遅滞なく支払います。</p>		
	ふりがな		生年月日
	氏名	Ⓜ	明・大 昭・平 年 月 日
	住所	〒□□□-□□□□ 都道 市 町 府県 郡	電話 ()
	勤務先	電話 ()	
入院情報	今回入院される前の3箇月間に、他の病院等に入院されたことがありますか。 はい ・ いいえ（どちらかに○印をしてください。） ↓（「退院証明書」をお持ちでしたら提出してください。） その病院等の名称を御記入ください。名称（ ）		
身元引受人	<p>私は、上記の者の入院に当たっては、本人の身元に関する一切の事項を責任を持って引き受け、診療に関する費用負担についても、患者本人が支払できないときは、責任を持って支払います。 なお、退院を指示された場合は、指定の期日に患者本人を引き取ります。</p>		
	ふりがな		生年月日
	氏名	Ⓜ	明・大 昭・平 年 月 日
	住所	〒□□□-□□□□ 都道 市 町 府県 郡	電話 ()
	勤務先	電話 ()	
(注) 身元引受人は、成年者に限ります。			
連帯保証人	<p>私は、上記入院患者の身元に関する引受け及び診療に関する費用負担について、身元引受人と連帯してその責任を負い、決して病院に御迷惑をお掛けしません。</p>		
	ふりがな		生年月日
	氏名	Ⓜ	明・大 昭・平 年 月 日
	住所	〒□□□-□□□□ 都道 市 町 府県 郡	電話 ()
	勤務先	電話 ()	
(注) 連帯保証人は、上記入院患者及び身元引受人と別の独立した生計を営み、支払能力のある方に限ります。			

下の欄は、記入しないでください。

診療科		科	病室	病棟	号室
-----	--	---	----	----	----