

入院申込書 兼 誓約書

医療法人 せいふう会

阪神リハビリテーション病院 院長 殿

- 私（本人）と代理人は、貴院の「入院のしおり」に記載された入院のための手続き、入院生活上の定め及びマナー、並びに療養上の指示、指導に従うことに同意します。
万一これらに反し、他の入院患者、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、貴院の業務に支障をもたらした場合は、貴院の指示、指導に従います。
- 代理人は、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。
代理人に支障がある場合は、親族縁者の同意のもと、代理人が指定し、委任状を交付した者にのみ委任することができるものとします。
- 連帯保証人は、入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への一切の損害、債務につき、本人と連帯して100万円を上限とした履行責任を負います。
- 入院期間中、治療の効果判定目的で写真や動画を撮影いたします。また、個人情報を含まない一部の診療情報等は、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。

上記「1～4」および貴院の「入院のしおり」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。

申込日 年 月 日

本人	フリガナ		⑨	性別	男 ・ 女
	氏名				
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			歳
	住所	〒 ー			
	自宅電話		携帯電話		
代理人	フリガナ		⑨	本人との関係	
	氏名				
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			歳
	住所	〒 ー			
	自宅電話		携帯電話		
勤務先名		勤務先電話			

本人の署名代行の場合その理由 _____

連帯保証人 (※全ての書類の連帯保証人は、同じ方で統一して下さい。)	フリガナ		⑨	本人との関係	
	氏名				
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			歳
	住所	〒 ー			
	自宅電話		携帯電話		
勤務先名		勤務先電話			

以下、病院記入欄

(確認) 誓約事項4に同意されない場合 <input type="checkbox"/>	(その他)
--	-------