

# 入院申込書 兼 誓約書

医療法人社団 生和会  
彩都リハビリテーション病院 院長 殿

- 1 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。
- 2 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。
- 3 連帯保証人は、入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への極度額(責任を負う上限額)税別1,000,000円を上限に、本人と連帯して履行責任を負います。
- 4 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 4 に同意しない場合はチェックをしてください □ )

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	ふりがな			⑨	性別	( 男 ・ 女 )
	氏 名					
	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	ふりがな			⑨	本人との 関係	
	氏 名					
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	歳
	住 所	〒 —				
	自宅電話			携帯電話		
	E-mail	@				
	勤務先名			勤務先電話		

本人の署名代行の場合その理由 \_\_\_\_\_ 例) 筆記困難な為 等

連帯保証人	ふりがな			⑨	本人との 関係	
	氏 名					
	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		

※ 病院記入欄

請求書配布先	□ 病室	□ 1階受付 (		) □ その他 (		)
--------	------	----------	--	-----------	--	---