入院申込書　兼　誓約書

医療法人 せいわ会
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		性別	（　男　・　女　）
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日　生		歳
	住　所	〒　　―		
	自宅電話		携帯電話	
代理人	ふりがな		本人との関係	
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日　生		歳
	住　所	〒　　-		
	ＴＥＬ	①（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	②（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	
第2連絡先 ※緊急時、代理人不通の場合の連絡先	ふりがな		本人との関係	
	氏　名			
	ＴＥＬ	①（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	②（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	

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		本人との関係	
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日　生		歳
	住　所	〒　　―		
	ＴＥＬ	①（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	②（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	

※　病院記入欄

請求書配布先	□　病　室	□　1階受付　（　　）	□　その他　（　　）