

入院証書（申込書）兼寝具類借用書を事前にご記入いただき、入院当日にご持参ください。
保証人記入欄：別世帯にお住まいの方がいらっしゃらない場合、同世帯にお住まいの方のお名前をご記入ください。

入院証書(申込書)兼寝具類借用書

記入例

2024年 ○月 ○日

聖隷袋井市民病院長

担当医師の説明を受け、入院療養の必要なことを理解いたしましたので、この度、貴院に入院療養を申込みます。
つきましては、下記事項を必ず守り、迷惑をかけないことを保証人連署のうえ確約いたしますので、ご承認ください。

記

- 医師・職員の指示、注意及び入院についての諸規則などは固く守ります。
- 退院の指示があった場合は、指示どおり従います。
- 本人の身元については、保証人において引き受けます。
- 連帯保証人の転居、変更の際は速やかに届けます。
- 入院料、その他の諸経費は指定日までに必ず納入し、万一本人において支払い不能の場合は連帯保証人が引き受けます。

フリガナ 患者名	セイレイ タロウ 聖隷 太郎 印 記入者氏名（本人以外の場合） 聖隷 花子 患者との関係（妻）	生年月日 明・大・昭・平・令 20年 4月 1日 76歳	TEL 自宅 0538-00-1111 携帯 090-2222-3333
現住所	静岡県 袋井市 町・村 久能〇〇番地の〇号		
緊急時連絡先	(1) TEL: 090-4444-5555 (2) TEL: 090-6666-7777	氏名 聖隷 花子 聖隷 次郎	続柄 妻 弟
入院日	2024年 ○月 ○日 午前・午後		
連帯保証人 (別世帯)	フリガナ氏名 フクロイ イチロウ 袋井 一郎 印 生年月日 明・大・昭・平・令 45年 3月 1日 住所 静岡県 袋井市 町・村 上山梨△△番地 勤務先 聖隷福祉事業団	TEL 090-8888-9999 患者との続柄 長男	TEL 053-1234-5678

品名・数量	掛布団1枚	包布1枚	敷パット1枚	敷布1枚	枕1個	枕カバー1枚
-------	-------	------	--------	------	-----	--------

今回の入院に際し、上記寝具を借用いたします。退院の際は上記数量を間違いなく返納いたします。
なお、破損又は汚損した場合は実費を負担します。

ご不明な点などございましたら、聖隷袋井市民病院の職員へお声掛けください。