

入院申込書（兼誓約書）

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
袋井市立聖隷袋井市民病院長 殿

年 月 日

この度、貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。
万一、各種規則に違反したとき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をお掛けしない事を入院患者、連帯保証人兼身元保証人と連署の上、誓約いたします。

記

- ☐ 入院料その他の諸費用については、入院患者、連帯保証人兼身元保証人が指定の期日までに全額を支払います。
- ☐ 本人の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。
- ☐ 退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
- ☐ 貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。
- ☐ 連帯保証人の転居・変更の際は速やかに届けます。

以上

【入院患者】

入院年月日	年 月 日		
フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所			
連 絡 先	自宅 — — 携帯 — —		
記入者氏名 本人以外の場合	続柄 ()		

【連帯保証人兼身元保証人】

フリガナ		続柄	
氏 名	印		
住 所			
連 絡 先	自宅 — — 携帯 — —		
勤 務 先		TEL	— —

私、「連帯保証人兼身元保証人」は、入院料その他の諸費用の全部又は一部、保証金額の上限（極度額）100万円の範囲内で指定の期日までに未納の場合はその支払いの責任を負います。

【緊急時連絡先①】

フリガナ			
氏 名	続柄 ()		
連 絡 先	自宅 — — 携帯 — —		

【緊急時連絡先②】

フリガナ			
氏 名	続柄 ()		
連 絡 先	自宅 — — 携帯 — —		

- ◆提出期限について
原則、入院当日に1階受付窓口へ提出してください。
- ◆個人情報について
院内規定に基づき対応させていただきます。

第2版：2025年11月1日改訂