

入院申込書 兼 誓約書

医療法人 えいしん会

岸和田リハビリテーション病院 院長 殿

私（本人）と代理人は、貴院への入院にあたり、貴院の諸規則を遵守し、医師等の指示に従い、下記事項及び「入院のご案内」の事項を守り、貴院にご迷惑をかけません。万一、違反したときは、退院を命じられても異議は申しません。

また、代理人は、本人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。入院料金などの支払いについては、本人（家族）及び保証人の連帯責任において、一切貴院にご迷惑をかけません。

以上のことを、連帯保証人連署のうえ、誓約します。

記

- 1 貴院の備品、器具などを破壊若しくは紛失した場合は、弁償します。
- 2 次の行為があった場合で、退院や転院を勧告をされた場合は、それに応じます。また、行為が著しく悪質と判断される場合は、警察への通報があることを承知します。

**窃盗、脅迫、暴力行為、迷惑行為、酒類の持ち込みや飲酒、セクシャルハラスメント
無断外出及び外泊、病院敷地内及び病院周辺路上等での喫煙（電子タバコ含む）**

- 3 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3に同意しない場合はチェックをしてください □ ）

上記「1～3」および貴院の「入院のご案内」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	氏名		印	性別	(男 ・ 女)	
	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	氏名		印	本人との関係		
	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			
連帯保証人	氏名		印	本人との関係		
	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			
	保証極度額	100万円				