

ID _____

医療法人財団 健康文化会 小豆沢病院院長殿

入院申込書

本人欄

ふりがな			
入院者氏名	⑩		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	満	歳
住所	〒 ー		
電話			
緊急連絡先	住所		
	電話	氏名 会社名	
過去3ヶ月以内に入院歴がありますか？ ※ある場合は医療機関名をご記入下さい。	<input type="checkbox"/> あり 医療機関名() <input type="checkbox"/> なし		

入院申し込み致します。入院にあたっては諸費用の支払い及び入院諸規則(禁酒・無断外出禁止等)を堅く守ります。

保証人欄

できる限り別世帯の方をお願いして下さい。
やむを得ない場合はご家族でも構いません。

ふりがな			
保証人氏名	⑩	続柄	本人との続柄をご記入下さい
住所	〒 ー		電話
勤務先		電話	

本人身上に関する一切のことは保証人においてお引き受け致します。20 年 月 日