

入院申込書 兼 誓約書

医療法人 せいふう会
川西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、その他貴院への一切の債務につき、本人と連帯して履行責任を負います。
- 4 入院期間中、治療の効果判定目的で写真や動画を撮影いたします。また、個人情報を含まない一部の診療情報等は、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。

（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	氏名	.....		④	性別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日	歳
	住所	〒 -				
	自宅電話		携帯電話			
代理人	氏名	.....		④	続柄	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日	歳
	住所	〒 -				
	連絡先	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 <small>※緊急時、代理人不通の場合の連絡先</small>	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) 直筆困難な為 等

連帯保証人	氏名	.....		④	本人との関係	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日	歳
	住所	〒 -				
	自宅電話		携帯電話			
	勤務先名		勤務先電話			
	限度額	¥1,000,000				