

※記載例

入院後 1 週間以内に受付窓口まで提出して下さい。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

医療法人 医徳会 真壁病院 院長 殿

入院した日付を記入ください。

誓 約 書

- 1 私は、貴院への入院にあたり、貴院の諸規則・治療指示等を堅く守り、治療に専念します。
- 2 入院期間等については、主治医の指示に従います。
- 3 他の患者に迷惑をかけるような政治・宗教等の勧誘は、一切行いません。
- 4 諸規則に違反し退院を命ぜられても、決して異議を申し立てず、直ちに退院します。
- 5 入院料及びその他の費用は、極度額 30 万円の範囲内で指示通り指定日までに、必ずお支払いします。
- 6 私の故意・過失により貴院に損害を与えた場合、速やかにその損害を賠償します。

患者名	真壁太郎 (印)	性別	男・女
住所	〒981-0503 宮城県東松島市矢本字〇〇〇		〇〇〇
勤務先名	農業	電話	0225-82-〇〇〇〇
勤務先住所	〒981-0503 宮城県東松島市矢本字〇〇〇		

患者様のお名前を記載ください。

勤務先が自宅の場合、自営業、農業、漁業等と記載ください。

私たちは、患者 真壁太郎 に、上記事項を厳守させるよう努め、上記入院料等の債務及び入院費請求等に関する一切の事は、身元引受人並びに

患者様の家族・親族の方をお願いします。

緊急の連絡や入院費請求等をさせていただきます。

患者様からみた続柄を記載ください。

身元引受人兼連帯保証人

氏名	真壁一郎 (印)	患者との関係	長男
住所	〒981-0503 宮城県東松島市矢本字〇〇〇		電話 0225-82-〇〇〇〇
勤務先名	医療法人△△ △△病院	電話	0225-82-△△△△
勤務先住所	〒		

患者様・身元引受人兼連帯保証人様と別世帯な方をお願いします。一定収入（給与・年金等）のある方をお願いします。

連帯保証人

氏名	さつき二郎 (印)	患者との関係	甥
住所	〒981-0505 宮城県東松島市		勤務先名や住所、電話番号ももれなく記載ください。
勤務先名	株式会社 □□□□	電話	0225-82-□□□□
勤務先住所	〒981-0501 宮城県東松島市赤井字□□□□		

※保証人は患者と同一世帯ではない、一定の収入のある方をお願いします。