

< 入院申込書 >

この度、入院治療をお願いしましたうえは、病院の規則を守ることは勿論、入院治療費は所定の期日までに必ず支払います。

患者の身上にかかわる事件並びに、器物破損、万が一料金延滞の場合は、指示次第直ちに支払いする等、全て連帯保証人において、引き受けることを保障します。

山口整形外科医院殿

本人 住所 _____
電話 _____
氏名 _____ 印 _____

連帯保証人 住所 _____
電話 _____
氏名 _____ 印 _____
続柄 _____

病室は (個人 2人部屋)
病室料差額 (1日) 金額 _____ 円を支払い致します。

平成 年 月 日