入　院　証　書

決　裁
課　長

中伊豆温泉病院長　殿

私は、貴院入院に際して別紙「入院生活のご案内」記載の入院に関する諸事項、特に次の事項を承知し遵守することをお約束いたします。

1. 本人の身元に関する一切のことは、連帯保証人において引き受けます。
2. 入院料その他の費用は、本人、保証人連帯で責任をもってお支払いします。
3. 貴院の都合により、いつでも連帯保証人を変更または増員することに異議を申し立てることはありません。
4. 本人は入院についての諸規則を守り、違反した場合はいつ退院を要求されても異議を申し立てず、直ちに退院いたします。
5. 退院後1ヶ月以内に再度入院した場合、当入院証書を有効とし、保証人の継続についても了承します。

入院年月日　　年　　月　　日

本人氏名　　㊞　　年　　月　　日生

本人住所　　電話番号

[連帯保証人1]　※署名は自署でお願いします。

氏　　名　　㊞　本人との続柄　（　　）

住　　所

電話番号

[連帯保証人2]　※署名は自署でお願いします。

氏　　名　　㊞　本人との続柄　（　　）

住　　所

電話番号

※保証人のうち１名は同一世帯以外の成年者をお願いします。