

## 入院証書

患者住所

氏名

右の者、今般貴院に入院いたしました件については、入院規則、療養上の指示を確く守らせ、私達において本人の身元に関する一切の事項を引受け、貴院に御迷惑はかけません。なお、入院費用はご指定の日には間違いなく納入いたしますと共に、退院の際は必ず全額をお支払いの上、退院いたします。（極度額 円）

年 月 日

身元引受人

住所

兼連帯保証人①

氏名

職業

大・昭・平

年

月

日生

印

電話番号

患者との続柄（

）

連帯保証人②

住所

氏名

職業

大・昭・平

年

月

日生

電話番号

患者との関係（

）

琵琶湖中央リハビリテーション病院 理事長 坂口 昇 殿

このご記入頂きました内容は、当院の個人情報保護規定に基づき取り扱い致します。