

入院同意書

私と私の家族(保証人)は、アルテミス ウイメンズ ホスピタルに入院するにあたり、入院中は下記を相違なく履行することを誓約します。

記

1. 医師および看護職員の医療上の指示に従います。
2. 別紙「入院に際しての同意事項」の各項に同意します。その他、病院の諸規則及び指示を遵守します。
3. 上記 1 および 2 に違反した場合は、いつ退院を命じられても異議はありません。
4. 入院費その他の諸経費は、所定の期日までに支払います。支払えない場合は、保証人が責任をもって滞りなく支払います。
5. 病院内の器物、貸し出し品を損壊または損傷もしくは紛失した場合は弁償します。

20 年 月 日

| | | | | |
|------------|-------------|---------|---|--------|
| ふりがな 氏名 | 生年 月日 | 年 | 月 | 日 (歳) |
| 住所 〒 | — | | | |
| 自宅 TEL () | 携帯 TEL () | | | |
| 勤務先名称 | 勤務先 TEL () | | | |
| 保証人 氏名 | 続柄 | TEL () | | |
| 住所 〒 | — | | | |



ARTEMIS WOMEN'S HOSPITAL

〒203-0054 東京都東久留米市中央町1-1-20 TEL 042-472-6111