**入院誓約書**

　**入院患者氏名：**

**入院日：**

**市立舞鶴市民病院　病院長　様**

**上記患者の入院にあたり、下記の事項を必ず守り、決して貴院に迷惑をかけない
　ことを身元引受人、ならびに連帯保証人連署で誓約します。**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**記**

1. **入院中は貴院の諸規定を守り、治療上の事は医師及び看護師の指示に従います。**

**２．入院費その他の諸費用については、貴院の指示どおりに支払い、患者本人が納入しない場合は、身元引受人ならびに連帯保証人が責任をもって支払います。**

**３．住所・保険証等関係する事項に変更があった場合は直ちにお届けします。**

 **住所：**

 **氏名：　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　(明　・大　・昭　・平　 　　　年　 　　月　 　　日生)**

 **患者様との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　(　　　　 　 　)　　 　　　 －**

**＊身元引受人　(世帯主：ただし、患者様が世帯主の場合は配偶者又は家族の方でお願いします)**

**住所：**

 **氏名：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　(明　・大　・昭　・平　 　　　年　　　 月　　　 日生)**

 **患者様との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話：　(　　　　 　 　)　　　　　 －**

**＊連帯保証人　(入院患者様と同居していない方でお願いします)**