

入院申込書

保証金を納入する日・裏面も同じ

○年 ○月 ○日

医療法人社団前友会
前田産婦人科 院長 宛

患者	住所	(〒 276-0032) 八千代市八千代台東1-6-17		
	ふりがな 氏名	まえだ よしこ 前田 吉子	電話	047-484-1330
	生年月日	2000年 1月 1日		
	職業	会社員		
	勤務先 名称 所在地	前田産婦人科 八千代市八千代台東1-6-0 電話 (047-484-133)		

専業主婦

パート等

上記のとおり入院を申し込みます。入院中は、医療法人社団 前友会 前田産婦人科の定める規定に従い、これを守することを誓約します。これに違反した場合には、退院、診療の中止となることを承諾します。

お仕事を
されていない
方は
空欄のまま

(記入上の注意)

※黒又は青のボールペン等で記入してください。

戸籍名

出生後、出生届は当院にて発行致します。
戸籍と同じ字体でご記入下さい。

※旧字体等であれば
必ず戸籍通りの表記
でご記入ください

※楷書でご記入下さい。

姓 前田 名 吉子

姓 NGUYEN THI 名 MAEDA

(裏面も記入してください)

外国籍の方は市町村に登録されている通りでご記入ください

診療費等支払保証書

保証金を納入する日・表面も同じ

〇年 〇月 〇日

医療法人社団前友会
前田産婦人科 院長 宛

まえだ よしこ

ふりがな
患者氏名

前田 吉子

上記患者の入院中の診療費等は、退院時に支払義務者が、必ず支払います。
万一、指定の期日までに診療費等（診療費、利息、損害金その他患者に生じた一切の債務）の支払いができなかった場合には、連帯保証人が金 100 万円を上限として支払義務者と連帯して滞りなく支払いします。

なお、支払義務者及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届出します。

支払義務者	住 所	(〒276-0032) 電話(047-484-1330) 八千代市八千代台東1-6-17		
	ふりがな氏名	自署 前田 太郎	患者との関係	夫
	生年月日	2000年10月10日	職 業	会社員
	勤務先 名 称	前田産婦人科 健診ステーション		
	所在地	八千代市八千代台東1-7-17 電話(047-405-3708)		

ご本人様
もしくは
ご主人様・パートナー様

連帯保証人	住 所	(〒276-0032) 電話(047-405-0088)		
	ふりがな氏名	自署 佐藤 一郎	患者との関係	実父
	生年月日	1960年5月5日	職 業	無職
	勤務先 名 称			
	所在地	電話(

(記入上の注意)

支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。
この条件を満たす場合、患者さんと支払義務者が同一人でも差し支えありません。

連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営んでいる、支払い能力を有する成人の方をお願いします。

お仕事を
されていない
方は
空欄のままご主人様・パートナー様以外で
生計が別の方・別居のご親戚
・ご友人
・会社の方

等

(裏面も記入してください)