

誓約書 兼 身元引受書

平成 年 月 日

患者氏名				
身元引受人	現住所	〒 - ☎ - - 携帯電話 ()		
	ふりがな 氏 名		Ⓜ	患者との続柄
連帯保証人	現住所	〒 - ☎ - - 携帯電話 ()		
	ふりがな 氏 名		Ⓜ	患者との続柄

- (注) 身元引受人は成年者でお願い致します。
(注) 連帯保証人は支払能力を有する成年者でお願い致します。
(注) 身元引受人と連帯保証人が同一の場合は、連帯保証人のみ記載して下さい。

このたび、栃木県医師会塩原温泉病院に入院し、治療を受けるにあたって、貴院の諸規定を守り指示に従うことを約束致します。また、次に挙げる事項についても責任を負い、貴院に迷惑を掛けないことを誓約します。

- (1) 診療費用については、納入期限（請求書発行後2週間）までに延滞なく支払う。
(2) 退院の指示があった場合、必ず期日までに退院する。
(3) 諸般の都合により、退院を命ぜられた場合、意義を申し立てない。
(4) いかなる場合も患者の身元を一切引き受ける。

栃木県医師会塩原温泉病院長 殿