

# 誓 約 書

住 所

TEL

患者氏名

生 年 月 日 年 月 日生 (満 才)

入院年月日 年 月 日

私こと 入院の諸規則ご指示等堅く守ります。最善の看護体制で安全に努めた上で生じた不慮の事故及び身体上の異変に基づく障害、並びに疾病についての責任を病院側に問いません。なお下記の事柄並びに指示の事項は堅く守り、万一違反した時はいつ退院を命ぜられても決して異議ない事を家族並びに連帯保証人連署してお約束致します。

## 記

- 一、本人の身元に関する一切の事をお引受け致します。
- 二、入院料その他諸料金はご指定日迄にお支払致します。

年 月 日

御 家 族	住 所
	T E L
	患者との関係
	氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>
生 年 月 日 年 月 日生 (満 才)	
連 帯 保 証 人	住 所
	T E L
	患者との関係
	氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>
生 年 月 日 年 月 日生 (満 才)	



医療法人 友光会

整形外科 押領司病院長殿