

産後ケア申込書兼誓約書

医療法人財団小畑会 浜田病院 殿

このたび、貴院の諸規則を守り、指示に従います。
また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

記

- 1 申込者の一身上に関することについては、申込者又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 2 費用、その他諸経費は指定の期日まで申込者、又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 3 退院を命ぜられた場合は連帯保証人の責任において、指定の期日までに必ず引き受けます。

記入日 年 月 日

申込者	ふりがな		診察券	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日 (才)		
	住所	〒	電話番号	
	勤務先		電話番号	

1 私(連帯保証人)は、上記申込者の一身上に関する引き受け及び産後ケアの費用等について未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

連帯保証人	ふりがな		申込者との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日 (才)		
	住所	〒	電話番号	
	勤務先		電話番号	

(注)1 連帯保証人は配偶者でも認めます。

利用宿泊数

希望する項目にチェック☑をつけてください。

- 1日 2日 3日
 4日 5日 6日
 7日

減免利用日数

- しない
 する _____ 日分

- ※ 部屋代、食事代(3食、おやつ)込み
- ※ 宿泊期間変更可能(急な変更は希望に添えないことがあります)
- ※ 個室の確保が出来ない場合があります