

## 入院同意・誓約書

地方独立行政法人 大阪府立病院機構  
大阪母子医療センター総長様

私は、貴センターに入院することに同意し、下記のことを誓約いたします。

- 1 入院中の患者に対する心得及び療養上の指示事項をかたく守り、万一、これらに違反した場合は、退院を命じられても異議は申しません。
- 2 入院中の一切の医療費は、指定の期日までに納入いたします。

20 年 月 日

(入院患者) 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩( 年 月 日生 才)  
〒  
住 所 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_

(親 権 者) 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩(患者との続柄 )  
〒  
住 所 \_\_\_\_\_

(注) 入院される方が未成年の場合、親権者の氏名、住所を併せて記入してください。  
その場合、入院患者さんの印は不要です。

## 保 証 書

上記の入院患者が貴センターに入院するに際しては、本人の身元に関する一切の事項を保証します。また、医療費の支払についても本書記入日より1年以内に発生する診療費について、100万円（極度額）を限度として保証します。

記入日（入院日までの日付でお願いします。）

20 年 月 日

(連帯保証人) 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩( 年 月 日生)  
〒  
住 所 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
勤務先 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_ (患者との続柄 )

- (注) 1 連帯保証人は、支払能力を有する方をお願いします。  
2 連帯保証人は、同一家族以外の方をお願いします。