

分娩予約申込書 兼 入院誓約書

大野レディースクリニックへの入院に際し、下記の事項を守る事を保証人と連帯してお約束致します。

1. 入院医療に関する諸規則を守ります。
2. 入院中は病院の医師・看護師及びその他の職員の指示に従います。
3. 入院料その他の諸費用は退院日までに支払います。

ご出産予定日	H 年 月 日 初産・()回経産	診察券NO.
氏名	(印)	生年月日
現住所	〒 自宅 TEL() - 携帯 TEL() -	
緊急連絡先	氏名	本人との関係
	自宅TEL () -	勤務先TEL () -
	携帯TEL () -	
		勤務先名 () -

緊急連絡先の方にはご連絡のご了解をおとり下さい。ご記入頂きました時点でご了解を頂いたものと致します。

連帯保証人記入欄(患者様と同居でない方で自筆でお願い致します)

氏名	(印)	本人との関係
現住所	〒 TEL() -	
勤務先	TEL() -	

この申込書をご提出いただきませんと分娩予約が成立いたしませんのでご注意ください。

大野レディースクリニック