

令和 年 月 日

入院身元引受保証書

医療法人 藤杏会 伊藤医院 院長殿

下記の入院者本人の入院に際し、私が身元引受及び医院に迷惑をかけることを保証致します。

患者氏名 _____ 印

明治・大正・昭和・平成 年 月 日

患者住所 _____

電話番号 _____

承諾者氏名 _____ 印

患者との関係 _____

承諾者住所 _____

承諾者電話 _____