

第 1 号様式

入 院 申 込 書						
①入院希望者	(フリガナ) 氏 名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	(フリガナ) 現 住 所	〒				
②家族の状況	氏 名	年 令	入院希望者との続柄	同居・別居の別	職業・勤務先	備 考
③事故発生年月日		平成・令和 年 月 日				
④現在治療・介護を受けている場所	1 自宅 2 病院 名称 所在地 3 その他 名称 所在地					
⑤現在介護に従事している者及び直近1ヶ月間の介護日数	1 病院その他の施設及び事業所の職員 2 家族 (主たる介護者の氏名) 3 その他 () < 日 >					
⑥治療又は介護等に関する費用の支払状況(直近3ヶ月分)	支 払 先	1 病院その他の施設		2 事業所		3 その他
	支払金額(平均月額)	円		円		円
⑦入院した時の費用負担者	氏 名	入院希望者との続柄 ()				
	連 絡 先	〒 TEL				
	支払方法					

湘南東部総合病院への入院をご承認ください。ついては、上記の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

湘南東部総合病院
院長 小松 弘一 殿

入院希望者 氏名

申 込 者 氏名 _____ 印 _____
入院希望者との続柄 (_____)

申込者住所

申込者TEL