様式第1号(第1条関係)

年　　月　　日

　　福井県立病院長　様

願出人　住所

氏名

職業

患者との続柄

生年月日

保証人　住所

氏名

職業

患者との続柄

生年月日

入院願

　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　職業

　　　本籍　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　住所

　　この者の入院治療を受けたいので、許可してくださるようお願いします。

　　なお、許可の上は、貴病院の諸規定を遵守するだけでなく、下記の各項目を相違なく履行することを誓約します。

記

　1　入院料、治療費その他の諸費用は、指定の期日までに相違なく納入します。もし、本人または願出人において納入しない場合には、身元保証人において必ず納入します。

　2　手術その他診療中における不慮の事故については、なんらの異議を申しません。