

西山病院グループ利用申込書

ID:

令和 年 月 日

利用される方			
ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	明・大・昭	年	月
		日生 (才)
住所	〒		
電話			

身元保証人・成年後見人等			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所	〒		
電話			
携帯電話			
職業		勤務先	
		勤務先電話番号	

身元保証人以外の方の連絡先			
1	ふりがな		続柄
	氏名		
	電話		
	携帯電話		

2	ふりがな		続柄
	氏名		
	電話		
	携帯電話		

記入例

西山病院グループ利用申込書

ID：※西山病院記入欄※

令和 X年 O月 Δ日

ご記入日

利用される方			
ふりがな	にしやま はなこ		性別
氏名	西山 花子		
生年月日	明・大・ 昭	O年 Δ月	<input type="checkbox"/> 日生 (OO才)
住所	〒432-8001 浜松市西区西山町500番地		
電話	053-485-5558		

身元保証人・成年後見人等			
ふりがな	にしやま いちろう		続柄
氏名	西山 一郎		
住所	〒432-8001 浜松市西区西山町500番地		
電話	053-485-5558		
携帯電話	090-123-45×× ①		
職業	会社員	勤務先	西山病院
		勤務先電話番号	053-485-5558

入院（入所）後のキーパーソンとなる方です。医療方針等の意思決定、費用のお支払い、身元引受などを担っていただく方です。

緊急時の連絡先として勤務先の連絡先も伺っております。勤務先のない方は「なし」とご記入ください。

身元保証人以外の方の連絡先			
1	ふりがな	にしやま じろう	
	氏名	西山 二郎	
	電話	053-485-55××	
	携帯電話	090-123-4××× ②	

身元保証人様と同居の方でも結構です。

2	ふりがな	にしやま はなよ	
	氏名	西山 はなよ	
	電話	053-485-5558	
	携帯電話	090-123-×××× ③	

2020年5月

※身元保証人様含め、第1連絡先～第3連絡先まで電話番号の右横に上記の様に①～③とご記入お願い致します。