|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産後入院申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院者 | 現住所 | 〒　　　　　-　　　　携帯　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 | ㊞　 | 昭・平　　　年　　　月　　　日（　　　才） |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名（ベビー） |  | 男・女 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　才） |
| 緊急連絡先 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  入院者との関係： |
| 電　話番　号 | 携帯　　　　　　　　　　 　-　　　　　　-　　　　　自宅等　　　　　　　　　　-　　　　　　-　　　　　 |

独立行政法人国立病院機構埼玉病院への産後入院を申し込みます。令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保証人 | 現住所 | 〒　　　　　-　　　　 | 電話　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　　　 |
| ふりがな |  |  | 入院者との関係 |  |
| 氏名 |  | ㊞　 |
| 職業 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日（　　　才） |
| 勤務先 | 名称 |  |  |
| 住所 | 〒　　　　　- | 電話　　　　　　-　　　　　　-　　　　　　 |

独立行政法人国立病院機構埼玉病院院長　殿（注）保証人は、入院者とは別世帯で独自の生計を有する成人者をご記入ください。 |