|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |