

患者氏名：

患者 ID：

住院申请表（兼誓约书）

医院名称：

院长：

本人保证这次在贵院住院期间，遵守包括下列条款的院内各项规定。

本人与申请人、身份保证人、连带保证人联名保证，如有违反各项规定，或被认为给其他患者带来困扰，同意按照贵院的指示立即出院，无论在什么情况下都不给贵院带来麻烦。

1. 住院人、申请人或连带保证人将在规定的日期前全额付清住院费等各项费用。
2. 关于本人身份，由身份保证人负全责。
3. 医院通知出院后，身份保证人负责在规定的日期带患者出院。
4. 在规定的期限内提交贵院指定的资料、证明书等。

※如果住院人与申请人为同一人，无需填写申请人栏。

申请人			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日（ 周岁）	与患者的关系	
家庭住址			
家庭电话		手机号码	
工作单位		单位电话	

盖章或签字：

日期：

住院人			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日（ 周岁）		
家庭住址			
家庭电话		手机号码	
工作单位		单位电话	

盖章或签字：

日期：

患者氏名：

患者 ID：

身份保证人			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日 (周岁)	与患者的关系	
家庭住址			
家庭电话		手机号码	
工作单位		单位电话	

盖章或签字：_____ 日期：_____

连带保证人			
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	年 月 日 (周岁)	与患者的关系	
家庭住址			
家庭电话		手机号码	
工作单位		单位电话	

我（连带保证人）保证，如果在规定的期限内，住院费等各项费用如有全部或部分未缴纳，我将连带承担责任。

盖章或签字：_____ 日期：_____

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。