

入 院 申 込 書 （一般）		申 込 年 月 日		年 月 日	
		受 付 年 月 日		年 月 日	
自 衛 隊 札 幌 病 院 長 殿		整 理 番 号			
申 込 者	住 所			電 話 番 号	
	氏 名			入院者との続柄	
下記の者について入院申し込みをお願いします。 入院中、規則その他指示事項の違反があった場合、その他所定の場合には、退院を命ぜられても異議はありません。					
入 院 者	住 所				
	勤務先(または職業)				
	(ふ り が な) 氏 名				
	生 年 月 日 年 齢 ・ 性 別	明・昭・令 年 月 日生(歳) 男 ・ 女 大・平			
保険者番号				公費負担者番号	
記号・番号				受給者番号	
上記の者が入院するについては、本人の一切の事項を引き受け貴院にご迷惑は かけません。 年 月 日					
身 元 引 受 人	住 所			電 話 番 号	
	勤務先 (または 職業)			電 話 番 号	
	氏 名			入院者との続柄	

備考：入院者が未成年者（防衛省の職員を除く）、または精神障害者の場合は、親権者、後見人若しくは成年の扶養義務者、又は、本人若しくは保護者が申込者になって下さい。