

# 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	(印)	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	TEL	携帯(夫)	-	-
		自宅	-	-
	ふりがな	生年月日(※付添の場合のみ)		
	氏名(夫)	昭・平	年 月 日(才)	

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央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	(印)		
	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西埼玉中央病院院長 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。