

誓約書

このたび、患者名_____殿が交通災害により
貴病院において自由診療を受けることになりましたが、ついては患者
が要する診療費一切を患者に代わって貴病院に対し、当社が直接診療
費の支払いを致すことを誓約いたします。

年 月 日

医療法人社団 英志会

富士整形外科ララ広見クリニック 殿

住所

会社名

印

担当者

印