[별지 제1호서식]

지 불 각 서

진료비 체납금: 일금 원 (₩)

본인(보호자)은 _____ 사유로 발생한 입원진료비 체납금을 20 년 월 일까지 지불하되, 만약 약속을 이행하지 못할 경우에는 모든 법적 절차를 취하여도 이의를 제기하지 않을 것을 각서합니다.

20 년 월 일

- 채무자 성명 : (인)

 주민등록번호 :

 주소 :

 연락처 :

국립춘천병원장 귀중