

診断書等申込書（郵送用）

- 本書にてお申込みされる場合には事前に下記【お問合せ先】までご連絡いただいた上でお申し込みください。
- 診断書等は出来上がりはおおむね2週間前後となっております。出来上がり次第のご郵送となります。
(出来上がりについてはご連絡しておりませんのでご了承ください。)
- お申込みが本人以外の場合は、身分証明書の提示と委任状が必要な場合があります。予めご承知下さい。
- お預かりした書類の種類によっては、内容により記入できない場合もありますのでご了承ください。
- 料金については前払いとなります。別途、金額・支払い方法についてご連絡いたします。

申込年月日		年	月	日				
患者氏名				生年月日	T・S・H・R	年	月	日
患者住所	〒 -							
申込者名				連絡先 電話番号	()			
申込者住所	〒 -			患者様と のご関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()			
文書の種類（ご依頼される書類に☑してください）					金額（1通）	依頼枚数		
<input type="checkbox"/> 当院指定様式による診断書					3,300円	枚		
<input type="checkbox"/> 生命保険会社等の所定様式による診断書及び証明書					7,700円	枚		
診療科								
証明期間	①	年	月	日	～	年	月	日
	②	年	月	日	～	年	月	日
	③	年	月	日	～	年	月	日
	④	年	月	日	～	年	月	日
内容								

【お問合せ先】 平日のみ 8：30～17：00
0438-36-1071（代） 医事課文書班

※ 病院使用欄	受付日	受付者	入金確認日	確認者	発送日	発送者	備考