

☐ 身分証明書
☐ 委任状・同意書
☐ 戸籍謄本

お預かり日 年 月 日 お渡し予定日 年 月 日

診察券No.		患者生年月日	年 月 日（男・女）			
フリガナ						
患者氏名						
依頼者(申込書記入者)	患者本人 ・ その他（ 続柄： ）					
連絡先 TEL①	患者本人・その他（ 続柄： ） 勤務先（ 病院名伝達：可 ・ 不可）					
連絡先 TEL②	患者本人・その他（ 続柄： ） 勤務先（ 病院名伝達：可 ・ 不可）					
受診科	科	担当医師	Dr.	依頼枚数	枚	
証明期間①	年 月 日 ～ 年 月 日（入院・通院）					
証明期間②	年 月 日 ～ 年 月 日（入院・通院）					
証明期間③	年 月 日 ～ 年 月 日（入院・通院）					
受渡し方法	来院 ・ 郵送(別途料金がかかります)					

料金	未受領 ・ 受領済 (¥) ・ 不要		
医師への 申し送り事項	労務不能期間の希望 有 ・ 無 (~)		
事務への 申し送り事項	同意書 (あり ・ 後日)		
病院所定	枚	システムOK	枚 システム 外 枚

期限	料金入力	預かり者印	入力者印	入力確認者	受取	受取確認	スキャナー済