

記入例

文書証明申込書

* 太枠のみをご記入の上、書類と合わせて15番窓口にご提出ください。

お預かり日 年 月 日 お渡し予定日 年 月 日

診察券No.	12345678	患者生年月日	昭和XX 年 X 月 X 日 (男・女)		
フリガナ	クラチュウ タロウ				
患者氏名	倉中 太郎				
依頼者(申込書記入者)	(患者本人) ・ その他 (続柄 :)				
連絡先 TEL①	090-1234-XXXX		患者本人・その他 (花子 続柄 : 妻)	勤務先 (病院名伝達 : 可 ・ 不可)	
連絡先 TEL②	086-422-XXXX		(患者本人) ・ その他 (続柄 :)	(勤務先) O×株式会社 病院名伝達 (可 ・ 不可)	
受診科	内 科	担当医師	Dr. OO	依頼枚数	1 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