

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.		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