**文書証明申込書**□身分証明書

 □委任状・同意書

 ＊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。 □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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者本人 ・ その他（　　　　　　　　　　続柄：　　　　　　) TEL① 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先（　　　　　　　　　　　病院名伝達：可　・　不可） |
| 連絡先 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者本人 ・ その他（　　　　　　　　　　続柄：　　　　　　) TEL② 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |