文書証明申込書

□身分証明書
□委任状・同意書
□戸籍謄本

＊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