

診断書・証明書申込用紙

受付日	平成 年 月 日	受付者	
依頼方法	来院 ・ 電話 ・ 郵送 ・ その他()		
患者	住所		
	氏名	ふりがな	カルテ番号
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生(才)	
申込者	住所		
	氏名	本人との関係()	
	連絡先TEL	()	
① 精神障害者保健福祉手帳用診断書 ② 通院医療公費負担用診断書 ③ 入院証明書(月 日 ~ 月 日)分 ④ 傷病手当金診断書(月 日 ~ 月 日)分 ⑤ その他の診断書 []			
提出先に○を付けてください 市役所 ・ 学校 ・ 職場 ・ ハローワーク ・ 保険会社 ・ その他 その他の方はこちらに明記して下さい []			
受取希望日	平成 年 月 日		
備考	受診日に受取希望／郵送希望 (診断書代 <input type="checkbox"/> ・切手代 <input type="checkbox"/> 出来次第TEL希望 (代金済みの場合は↑ <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい)		

受取日	平成 年 月 日	職員確認者
受取者氏名		

※ 文章申込み作成台帳にも入力してください！！