

記入例

※赤字部分は必ずご記入ください

年 月 日 受付

書類等作成申込書

依頼する診断書・証明書等について、太枠内を記入し、この申込書のみ7番窓口にご提出ください。

ID (診察券番号)	14 - 3 4 5 6 7 - 8	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	広 大 太 郎	生年月日	M・T・S・H・R 〇年 〇月 〇日
診療科	△ △ △ △ 科	担当医 (わかれば)	□ □ 先生
<input checked="" type="checkbox"/> 入院分		<input type="checkbox"/> 外来分	
証明期間	□年 □月 □日 ~ □年 □月 □日		
	証明が必要な期間をご記入ください		
依頼文書	<input checked="" type="checkbox"/> 大学病院の用紙 1 枚 【提出先: 会社】		
	【記載を希望する内容: 退院日, 手術日, 自宅療養の見込み期間】		
	<input checked="" type="checkbox"/> 所定用紙 〇 枚 【提出先: 〇〇〇生命】		
【記載を希望する内容: 手術, 放射線治療 / 通院日証明: 要・不要】			
<input type="checkbox"/> 領収証 ()			
該当する用紙にチェックして、枚数等をご記入ください			
その他 (特記事項)			
依頼者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	4週間以内の 当院入院予定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 : 入院時の 受取方法 (病棟受取・郵送) <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 家族		(続柄)
該当する欄にチェックしてください。 本人の場合は、4週間以内の入院予定の有無と入院時の受取方法を 本人以外の場合は申込来院者の氏名等をご記入ください			
電話番号 ※連絡のつきやすい 電話番号をご記入 ください	TEL	-	-
<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (留守電吹き込み <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			

繋がり易い電話番号をご記入ください