

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 ○年 ○月 ○日
診療科	△ △ △ △ 科	担当医 (わかれば)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 先生
<input checked="" type="checkbox"/> 入院分		<input type="checkbox"/> 外来分	
証明期間	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日		月 日
			月 日
依頼文書	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
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 type="checkbox"/> 有	入院時の 受取方法 (<u>病棟受取</u> ・ 郵送) <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 家族	(続柄)	
電話番号	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)			