

診断書等申込書

枠内の各項目にご記入ください。

診察券番号	- -	申込日	年 月 日
フリガナ		生年月日	T・S H・R 年 月 日
患者氏名			
申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 ※委任状が必要です。		
依頼文書 <input type="checkbox"/> 入院証明書 通 <input type="checkbox"/> 自立支援用診断書 通 <input type="checkbox"/> 休業補償 通 <input type="checkbox"/> 傷病手当請求書 通 <input type="checkbox"/> 特定疾患（新規・更新） 通 <input type="checkbox"/> その他() 通 <input type="checkbox"/> 院内診断書 通 <input type="checkbox"/> 身体障害診断書 通 <input type="checkbox"/> 精神福祉手帳用診断書 通 <input type="checkbox"/> 障害年金診断書 通			
			計 通
診療科		医師名	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (病棟)
証明期間（通院または入院期間） ① 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日			
受取方法 <input type="checkbox"/> 窓口 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (氏名:)) <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 郵送 ※レターパックライトで郵送しますので、申込者にてご準備願います。			
備考			

受取年月日	年 月 日	受取者サイン	
-------	-----------------	--------	--

東北医科薬科大学病院 文書受付
 受付時間 8:30~16:30 (土日祝日・年末年始を除く)
 問い合わせ 022 (259) 1221