

【書類作成申請書】

※太枠の中をご記入いただき、
書類原本・診察券と一緒に
2階受付⑦番窓口でお申込み下さい。

書類預かり〔医師〕	医師確認サイン	注意事項了承〔書類係〕
可能 ・ 不可		

診察券番号	申込日	年	月	日	
ふりがな	生年月日			男・女	
患者氏名	明・大・昭 平・令	年	月		日
患者住所	(〒 -)				
電話番号	①	②	備考：		
診療科/主治医	科 /			先生	
証明期間	年	月	日	～ 年 月 日	
入院期間 (入院がある方のみ)	①	年	月	日	～ 年 月 日
	②	年	月	日	～ 年 月 日

※申込者が本人以外の場合は下記のご記入をお願い致します。(身分証のご提示を頂きます)

ふりがな	患者との関係	
申込者氏名		
申込者住所	(〒 -)	
電話番号		

※お受け取りが上記の方以外の場合はご記入をお願い致します。

その他受取者	患者との関係	
--------	--------	--

書類の種類 (病院記入欄)

入院・通院・手術証明書	通	自立支援関係(通院・手帳)	通	障害年金診断書	通
傷病手当金請求書	通	労災関係(号)	通	身体障害者手帳診断書	通
臨床調査個人票(新規・更新)	通	診断書(当院書式)	通	記載内容：	
訪問看護指示書	通	その他【県民点数		】	通

引換券：忘れ・紛失

受付者	書類完成期日	お渡し者	受取日：年 月 日
			受取者： 続柄：

委任状

預かり証 (引換書)

(代理人)

住所： _____

氏名： _____

続柄： _____

上記者を私の代理人と定め下記事項につき委任します。
(該当項目にチェックを入れて下さい)

書類作成の申請 書類の受け取り

委任日： 年 月 日

委任者(患者)氏名： _____

印 _____

申込日： 年 月 日

診察券番号： _____

氏名： _____

申込書類： _____

通

※担当者よりご連絡させて頂く場合がございます。

※医師の判断で作成できない場合があります。
ご了承下さい。

東邦大学医療センター佐倉病院

問い合わせ先：043-462-8811 受付：