

【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書類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	完成の連絡					
			必要 (留守電可・否)		不要			
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【		】	通

引換券: 忘れ・紛失

受付者	連絡日・連絡者	お渡し者

受取日:	年	月	日
受取者:	続柄:		

委任状

(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

預かり証 (引換書)

申込日:	年	月	日
診察券番号:			
氏名:			
申込書類:	通		

※改めて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: