

# 【書類作成申請書】(記入例)

※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	00-0000-0	申込日	2000 年 00 月 00 日
ふりがな	とうほう はなこ	生年月日	
患者氏名	東邦 花子	明・大 昭・平・令	00 年 6 月 10 日
患者住所	(〒 285-8741) 千葉県佐倉市下志津564番地1		
電話番号	① 043-462-8811 ② 090-1234-5678	完成の連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (留守電可) <input type="checkbox"/> 不要	
診療科/主治医	0000 科 / 00 先生		
証明期間	2018 年 12 月 1 日 ~ 2018 年 12 月 31 日		
入院期間 (入院がある方のみ)	① 2018 年 12 月 3 日 ~ 2018 年 12 月 10 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	とうほう たろう	患者との関係	夫
申込者氏名	東邦 太郎		
申込者住所	(〒 285-8741) 千葉県佐倉市下志津564番地1		
電話番号	080-1234-5678		

※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	東邦 さくら	患者との関係	娘
--------	--------	--------	---

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

## 預かり証 (引換書)

(代理人)

住所: 千葉県佐倉市下志津564番地1

氏名: 東邦 太郎 続柄: 夫

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: 東邦 花子

東邦

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: