

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

文書申込書・同意書

ID: _____

【患者氏名】から【連絡先】までわかる範囲でご記入下さい

フリガナ		申込枚数	枚
患者氏名			
生年月日(※1)	大正 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	※1: 診察券をお持ちでない場合、ご記入ください。 ※2: ご本人様以外の方が申し込まれる場合、申込者氏名もご記入ください。	
フリガナ			
申込者氏名(※2)			
患者様との関係	患者様からみた申込者の方の続柄を下記のいずれかからお選び下さい		
	・本人 ・ご家族 (続柄: _____) ・その他(_____)		

①書類をご依頼いただく診療科・医師名をご記入ください。

診療科	科	主治医
-----	---	-----

②証明が必要な期間をご記入ください。(傷病手当・労災などの場合は、【証明期間】欄にご記入ください。)

入院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
通院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
証明期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

③お申しいただいた内容について、確認事項があった場合にお電話させていただく場合がございます。その際に連絡させていただく連絡先をご記入ください。

※ご本人様・申込者様以外の連絡先をご記入いただく場合、その方のお名前もご記入ください。

※連絡がつきやすい順に【電話1】【電話2】欄へ電話番号をご記入ください。

連絡先	住所	〒 _____
	電話1	_____ - _____
		★電話1はどなたの連絡先ですか? : ご本人・申込者・その他(_____) ★ご不在の場合、留守電にメッセージを残してよろしいですか? : 可 ・ 不可
	電話2	_____ - _____
★電話2はどなたの連絡先ですか? : ご本人・申込者・その他(_____) ★ご不在の場合、留守電にメッセージを残してよろしいですか? : 可 ・ 不可		

④お申しいただいた書類について、お伝えしてもよい方に○印を付けてください。

・誰でも可 ・ご本人のみ ・申込者のみ ・ご家族 ・その他(_____)

■文書料 (¥ _____) の支払いについて、(同意する ・ 同意しない)。 ※どちらかに✓を付けてください。