

〒	□□□□	□□□□

様		

郵送ご希望の方のみ先へ
ご記入ください

医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院

文書申込書

年 月 日

患者氏名 (代筆可)	ID 番号	
	フリガナ 患者氏名	
	生年月日	年 月 日
申込者氏名	氏名	患者との関係
	連絡先	TEL: *不在時の留守電サービス録音 希望 ・ 希望しない *SMSでの出来上がり連絡 希望 ・ 希望しない
	受取種類	郵送受取 ・ 窓口受取
希望する 項目内容 (複数選択可)	診断書の種類	
	1. 普通診断書 通 診療期間： 月 日 ~ 月 日 提出先：勤務先 ・ 警察 ・ 学校 記載希望内容：	
	2. 保険会社診断書 通(必ず保険会社所定診断書添付お願いします) 必要項目：診療科： 通院期間： 月 日 ~ 月 日 手術日： 入院期間： 月 日 ~ 月 日 依頼内容について医師とご相談した日： 月 日頃 ・ していない	

※提出先から文書内容に関する当院への照会等があった場合、回答または資料提供を行う事に同意します。

※上記および文書料金について同意いたします。

署名： _____

受付者	費用徴収	受渡日	受取人

■記載方法等ご不明点がございましたら下記までご連絡ください

TEL：044-322-0174 内線2034 文書係 受付時間 午前9:00~午後4:30(日・祝日を除く)