

診断書・各種証明書等交付申出書

みやぎ県南中核病院 病院長 殿

(ID)	フリガナ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生
患者氏名			
診療科名		診療区分	入院・外来
担当医名		診断書枚数	通

平成 年 月 日

私は、上記のとおり診断書・各種証明書等の交付を希望します。
尚、医師が交付した後の診断書・各種証明書等の取り消しはしないことを約束いたします。

申出者氏名 _____ 印

(申出者と患者との関係) 1. 本人 2. 親族(続柄) 3. (その他)

〒 - TEL ()

(住 所) _____

平成 年 月 日

【 委 任 状 】

私は、診断書・各種証明書等の受取りを申出者 _____ に委任いたします。

患者本人(自筆) _____ 印

代筆者署名: _____ 指印

代筆理由: _____

申出者以外で受取りを可能とする方の氏名・(続柄) _____

【病院記入欄】

診療科 _____ 科 _____ 入院・外来 _____ 担当医 _____

備 考 _____

<折り/>

文 書 引 換 書

患者氏名 _____

(_____)

※ 診断書・各種証明書等の受取りを委任している者の氏名

申込年月日 平成 年 月 日

※ 書類が出来上がりましたら、ご連絡さしあげます。

受取りには、本人確認をさせていただきますので、運転免許証、保険証等をご持参下さい。

※ 診断書・証明書等交付後の返金はいたしませんのでご了承ください。

※ 文書についてのお問い合わせは、入退院受付(内線1008番)迄、ご連絡下さい。

【病院記入欄】

免・保・旅・他

第 _____ 号

保険 _____

記号 _____

番号 _____

No. _____