診断書・証明書など文書の申込書（兼 同意書・委任状）

診察券番号			申 込 日	年　月　日
患者氏名			生年月日	年　月　日
患者住所	〒 TEL			
希望する文書	指定の用紙	☐ 入院・通院・手術証明書（保険会社のもの）　通 ☐ 傷病手当金請求書　通 ☐ 母性健康管理指導事項連絡カード　通 ☐ 不妊治療連絡カード　通 ☐ 臨床調査個人票（難病医療費助成）　通 ☐ その他　通		
	当院の用紙	☐ 診断書　通 ☐ 出産予定日証明書　通 ☐ 通院証明書　通 ☐ 懐胎時期証明書　通 ☐ 診療情報提供書（紹介先：　）　通 ☐ その他　通		
手術または入院した日	年　月　日 ～　年　月　日			
証明期間	年　月　日 ～　年　月　日			
受取方法	☐ 患者本人が来院して受け取る ☐ 代理人が来院して受け取る ☐ 郵送（上記の住所に郵送します）			

※ 申し込んだ方または受け取る方が患者本人ではない場合は記入してください。

代理人氏名	☐ 申し込み　☐ 受け取り	患者との関係	
代理人住所（患者と同じ場合は不要）	〒 TEL		

エフ.クリニック