

# 証明書等交付申込書

## 《患者情報》

受診科	医師
患者ID	
ふりがな	
患者氏名	

## 《依頼者情報》

本人同席  委任状

ふりがな	続柄
依頼者氏名	
携帯電話	
自宅電話	

申込日

年 月 日

## 証明期間

年 月 日 ~ 年 月 日

## 入院①

年 月 日 ~ 年 月 日

## 入院②

年 月 日 ~ 年 月 日

## 労務不能期間

年 月 日 ~ 年 月 日

## 依頼文書数

通

英語表記を希望する（2倍の料金がかかります）

## 受け取り方法（郵送は別途レターパック代がかかります）

窓口受け取り  郵送希望（430円）

※ 患者本人以外が依頼する場合は、委任状および依頼者の本人確認書類が必要です。

受付者：