

診断書・証明書申込兼同意書

ID番号		受付者	
フリガナ	生 年 月 日		
患者名	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
患者住所			
連絡先	携帯	自宅	
証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
診断書種類	1. 保険会社診断書()通 2. 病院指定診断書()通 3. 傷病手当()通 4. 介護意見書()通 5. その他()()通		
担当医			
※診断書・証明書発行まで、受付より約1～2週間かかりますので御了承下さい。 ※診断書の内容についての保険会社からの照会に対し、病院からの回答を希望されない場合は予めお申し出下さい。 ※郵送上のトラブル等には当院は責任を負いかねますので御了承下さい。			
申込者	診断書・証明書の費用について電話で説明を受け、同意しましたので申込みお願い致します。 <div style="text-align: right;">年 月 日 Ⓜ</div>		
連絡先	(上記連絡先と異なる場合、ご記入下さい)		

書類
送付先

〒567-0085 大阪府茨木市彩都あさぎ7丁目2-18
彩都友誼会病院 書類係宛

TEL (072) 641-6898 (代) 平日・土曜日 8:30~17:00