

診断書・証明書等申込書

診察券 No.		男・女	生 年 月 日	
フリガナ			明・大・昭・平・令	
患者氏名			年 月 日	
患者住所	〒	TEL	()	
		携帯電話	()	
フリガナ		患者との 続 柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	
申込者氏名				
申込者住所	〒	TEL	()	
		携帯電話	()	
証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
書類を依頼する診療科	内科・循環器科・消化器科・呼吸器内科・外科・整形外科・脳神経外科・産婦人科・小児科・耳鼻いんこう科・泌尿器科・眼科・皮膚科・放射線科・精神神経科・形成外科・心臓血管外科・脳神経内科・リハビリテーション科・呼吸器外科・腎臓内科・救急科			
担当医師	医師			
診断書内容			部 数	通
書類完成時連絡先	患者宅・申込者宅・その他 () 様 TEL ()			
	留守番電話に伝言 可 / 不可			
受付日	年 月 日		受付者	

- ・ 書類完成まで3週間ほどお時間をいただきますが、遅れる場合もございますのでご了承ください。
- ・ 書類が完成次第、窓口受付時間内に書類係から上記連絡先へご連絡いたしますが、窓口受付時間内に連絡がつかない場合は、備考欄へその旨をご記入ください。
- ・ 書類をお受け取りの際は、窓口受付時間内に②番窓口へこの申込控あるいは身分証明書(運転免許証等)を持参してください。

〈備 考〉

横須賀市立うわまち病院 医事課 書類係 TEL 046-823-2630

窓口受付時間 (月～金) 8:30～17:00 (土) 8:30～12:30

病院使用欄	医事課	外 来	医 師	外 来	スキャナーセンター	医事課
担当者名						
受付月日	/	/	/	/	/	/