

診断書・証明書等申込書

No _____

東京都立府中療育センター院長 殿

申込年月日 年 月 日

下記のとおり、診断書・証明書等の交付をお願いします。

※ 太枠の中をご記入ください。 入所・外来
(○を付けてください。)

患者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生	
	ID番号		入所年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	住所	(〒 -)						
	※当センター届出住所の変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (当センターに登録済の住所で作成します)							

申込者	氏名		患者との関係 (続柄)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他()
	住所	(〒 -)			
	連絡先	() - ()	(平日日中 (9:00~17:00) の連絡先をご記入ください。) 連絡可能時間 : ~ :		

診療科		科	担当医	
-----	--	---	-----	--

担当医に作成依頼をしていますか? している (年 月 頃依頼) ・ していない

【交付を希望する診断書・証明書名】	件数	【使用目的等】 (診療情報提供書の場合は、医療機関名・医師名等記入)
		提出先 役所・医療機関・学校等・その他()
	件	名称()

以下センター記入欄

確認事項	申請者本人確認	診察券 健康保険証 運転免許証 その他()
	交付時本人確認	診察券 健康保険証 運転免許証 引換券 その他()
	委任の確認	委任状 診察券 その他()
	預り書類	原紙 その他

医師	記入についての確認	記入可 診察後記入可 記入不可
	特記事項	

受取日	年	月	日
受取署名			

事務次長	課長代理 (庶務担当)	課長代理 (医事担当)	担当者

文書料 円
点数
会計なし
()

(手数料領収印)

引換券

※ 受け取りの際は、この引換券と診察券を必ずご持参ください。

No _____

ID番号		患者氏名	
診断書種類		枚数	

【注意事項】 *内容によって、受診・検査をしてからの作成、あるいは作成できない場合があります。
*お渡しまで3~4週間程度頂いております。書類が出来上がりましたら、総合受付からご連絡いたします。

【お問合せ先】 東京都立府中療育センター 医事担当 電話:042-323-5115(内線)

【お問合せ・引換え時間】 平日 9:00~17:00
(土曜日・日曜日・祝日・12/29~1/3は対応していません)