

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。

入所・外来
(○を付けてください。)

※ 太枠の中をご記入ください。

患者	氏名 _____		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	ID番号 _____ (〒 - - -)		入所年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	※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 _____		(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 : ~ :				
	連絡先 () -						
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)			
			件	提出先 役所・医療機関・学校等・その他() 名称()			

以下センター記入欄

確認事項	<input type="checkbox"/> 診察券確認				
	申請者本人確認	マイナンバーカード	資格確認書	運転免許証	その他()
	交付時本人確認	引換券	マイナンバーカード	資格確認書	運転免許証
	委任の確認	委任状	その他()		
	預り書類	原紙	その他		

医師	記入についての確認	<input type="checkbox"/> 記入可	<input type="checkbox"/> 診察後記入可	<input type="checkbox"/> 記入不可	受取日 年 月 日
	特記事項				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

診断書作成料 1,500円
証明書作成料 400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。

* 本人確認書類をお持ちください。

【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は対応しておりません)