

## 診断書・証明書等申込書

№

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	<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	その他( )
	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	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

☐ 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。

№

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は対応していません)