

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(_____ 病棟) ・ 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 _____ ID番号 _____ (〒 _____)
	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(_____)
	連絡先 (_____) - _____ 連絡可能時間 : _____ ~ _____ (平日日中 (9:00~17:00) の連絡先をご記入ください。)

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】	【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(_____) 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 <input type="checkbox"/> 無	原紙 × _____ その他 × _____
完成	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。

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1か月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。
 - * ご記入いただいた住所・電話番号等の個人情報は、本申込に関する確認・連絡のために利用します。

【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6374・5710)

【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)