

尼崎口腔衛生センター診断書等発行申込書

診察券番号		申込日	令和	年	月	日
ふりがな						
患者氏名						
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月 日生
住 所	〒 -					
電話番号	()					

診断書等の種類・記載依頼事項等	必要数	1通の文書料
当センター備え付けの診断書等 ・記載依頼事項 *以下に○をしてください 病名 初診日 治療期間 その他 () ・使用目的：勤務先 学校 その他 ()	通	500~ 3,000円
保険会社等の診断書・証明書	通	3,000~ 5,000円
その他 ()	通	0 ~ 5,000円

* 診断書等の受け取りは、お申し込みから1週間以降にご来院ください。

代理人記載欄 *ご本人以外の方が申し込まれる場合、ご記入ください。	
ふりがな	
氏名	
住 所	〒 -
電話番号	()
患者との関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()

委 任 状

私は、上記の者を代理人と定め、診断書等の申込及び受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者 (患者)

印

受領確認 (サイン)	
------------	--

令和 年 月 日 発行します
文書料 円

事務局長	管理歯科医	係長	担当