

書類の受け渡しについて

診察券番号：

問い合わせ番号 048-466-2055 (代表)

記入例

赤字を記入し、『3.文書窓口』へ提出ください。

ます。

りませんので予めご了承ください。また、個人情報
は下記の通りとさせていただきますのでご了承ください

①本書 ②書類をお受け取りに来られる方の本人確認書類（保険証または免許証）をご持参ください。

□【患者様または同居のご家族様以外の代理人様が書類をお受け取りになる場合】

以下の『診断書に係る 申請・受取 同意書』もしくは、これに準ずる同意書と書類をご持参ください。事前に提出している場合は

①本書 ②書類をお受け取りに来られる方の本人確認書類（保険証または免許証）をご持参ください。

また、以下の場合は書類をお受け渡しできかねますので、ご了承ください。

* 本人確認書類をご持参していない場合

* 同意書に記入された代理人様と異なる代理人様がお受け取りにいらした場合

診断書 依頼書

記入日 2018 年 11 月 1 日

フリガナ	アサカ タロウ	生年月日	1985 年 11 月 1 日
患者様氏名	朝霞 太郎		
住 所	埼玉県朝霞市溝沼1340-1		
連絡先電話番号	048-466-2055		

依頼時や受け取り時にご本人様がいらっしゃらない場合は、『診断書に係る 申請・受取 同意書』またはこれに準ずる書類をご持参ください。

<同居のご家族以外

TMGあさか医療センター院長殿

私（患者様氏名）朝霞 太郎 は、私の診

（代理人様氏名）志木 花子 が私の代理人として手続き等を行うことに同意します。

代理人様氏名	志木 花子	患者様とのご関係	上司
住 所	埼玉県志木市本町1-1-1		
連絡先電話番号	048-466-2055		

* 代理人様の本人確認書類のご提示をお願いいたします。

* 患者様・代理人様共にご自身でご署名ください。

ご自身の署名が困難な理由

職員記入欄

科

書類預かり日	年 月 日	文書料	済・未	受付者	
書類種類	計 通				
証明期間	年 月 日より	年 月 日まで	承諾書	有・無	
備考					