

診断書・各種証明書等交付申出書

みやぎ県南中核病院 病院長 殿

事業所(ケアマネージャー)が記載

(ID)	フリガナ ケンナン ハナコ	生年 月日	明治・大正 昭和 ・平成・西暦 14 年 8 月 1 日生
患者氏名	県南 花子	診療区分	入院・ 外来
診療科名	内科	診断書枚数	1 通
担当医名	□□ □□		

平成 **30** 年 **7** 月 **1** 日

私は、上記のとおり診断書・各種証明書等の交付を希望します。

(申込日をご記入ください)

尚、医師が交付した後の診断書・各種証明書等の取り消しはしないことを約束いたします。

(ケアマネージャーの氏名)

申出者氏名 **○○ ○○****印**
不可

(申出者と患者との関係) 1. 本人 2. 親族(続柄)

3. (その他 **○○** 居宅介護支援事務所
ケアマネージャー **○○ ○○**)〒 **989 - 1253**TEL **0224 (51) 5500**(住 所) **柴田郡大河原町字西38番地1**

本人(または家族)が記載

平成 **30** 年 **6** 月 **25** 日

【委任状】

(記入日をご記入ください)

私は、診断書・各種証明書等の受取りを申出者 **○○** 居宅介護支援事務所
ケアマネージャー **○○ ○○** に委任いたします。

患者本人(自筆)

県南 花子**印**
不可家族が代筆する場合はご記入ください
この場合、「患者本人(自筆)」欄の
記入は不要です

代筆者署名:

県南 太郎

指印

代筆理由:

手が不自由で字が書けないため

申出者以外で受取りを可能とする方の氏名・(続柄)

【病院記入欄】

診 療 科 _____ 科 _____ 入院・外来 _____ 担当医 _____

備 考 _____

<きりり>

文 書 引 換 書

No. _____

患者氏名 _____

(_____)

※ 診断書・各種証明書等の受取りを委任している者の氏名

申込年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 書類が出来上がりましたら、ご連絡さしあげます。

受取りには、本人確認をさせていただきますので、運転免許証、保険証等をご持参下さい。

※ 診断書・証明書等交付後の返金はいたしませんのでご了承ください。

※ 文書についてのお問い合わせは、入退院受付(内線1008番)迄、ご連絡下さい。

【病院記入欄】

免・保・旅・他

第 _____ 号

保険 _____

記号 _____

番号 _____

No. _____