診断書・証明書等申込書

書類の種類 該当のものに〇をつけてください	提出先	警察　保険会社　勤務先　県市町村　学校　その他（　　）	
	書式	診断書　院内診断書　領収証明書　明細書	
		公費申請　傷病手当　休業補償	
		学校安全会　その他（　　）	合計　　通

患者情報

フリガナ		ＩＤ	
氏名			
住所			
連絡先	①　自宅　・　携帯　・　勤務先　（　　）		
	②　自宅　・　携帯　・　勤務先　（　　）		

代理人氏名		（患者との関係）
連絡先	①　自宅　・　携帯　・　勤務先　（　　）	
	②　自宅　・　携帯　・　勤務先　（　　）	

証明・記載期間　※ 入院と外来が両方ある場合は、それぞれ別の枠にご記入ください。

入院・外来	科	医師	年　月　日 ～　年　月　日
入院・外来	科	医師	年　月　日 ～　年　月　日
入院・外来	科	医師	年　月　日 ～　年　月　日
入院・外来	科	医師	年　月　日 ～　年　月　日
備考	※通院証明　（ 有 ・ 無 ） ※状況により、受取日が延びることがあります。その場合は、上記連絡先に連絡いたします。		

私は上記書類の交付を鳥取赤十字病院へ申請いたします。

申請月日　　令和　　年　　月　　日

申請人氏名　　印

※自署であれば押印不要

受領月日　　令和　　年　　月　　日

受領者氏名　　印

※自署であれば押印不要

鳥取赤十字病院長　　様

確認物件：免許証・保険証・その他
委任状説明：済　受取の説明：済
料金の説明：済　料金：　　円
連絡事項：
受付者：

鳥取赤十字病院