

診断書・証明書等申込書

書類の種類 該当のものに○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		I D	
氏名			
住所			
連絡先	()		
受取方法	窓口 ・ 郵送 (郵送の場合、返信用切手をご準備ください。コンビニで購入可能です。)		

代理人氏名		(患者との関係)
連絡先	()	

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)			

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 年 月 日

申請人氏名

印

※自署であれば押印不要

受領月日 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 様

説明済： 本人確認書類 ・ 委任状 ・ 受取 ・ 料金
料金： 円
連絡事項：
受 付 者：