

文書交付申込書（診療情報提供書（紹介状））



福岡市立こども病院
Fukuoka Children's Hospital

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

○ 患者本人

フリガナ		患者番号	
患者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

○ 申込者

氏名	(患者との続柄：) ・ 患者本人		
連絡先	① 携帯 ()	-	
	② ()	-	

○ 申込内容

書類名	診療情報提供書（紹介状）		部数	部
診療科		担当医		
紹介先	病院名			
	住所			
連絡事項				

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取（平日のみ） <input type="checkbox"/> 郵送受取 <input type="checkbox"/> レターパックプラス（600円）追跡有・対面受取 <input type="checkbox"/> レターパックライト（430円）追跡有・郵便受け
------	---

○ 確認事項（お読みいただき、□にシを入れ、署名をお願いします。）

- 郵送による紛失に関しては一切の責任を当院では負いかねます。
- 文書記載にあたっては2～3週間程度の日数をいただきます。
なお、複雑な文書についてはさらに期間をいただく場合もあります。
- 申込後は、申込者の都合によるキャンセル、料金の返金及び受取方法の変更による郵送料の返金はできませんので、充分ご確認の上お申込みください。ただし、医師の判断により文書等が作成できない場合には返金いたします。

以上のことに同意します。

署名 _____

※ ご不明な点がございましたら、文書受付窓口にてお問い合わせください。

上記の文書を受け取りました。 令和 年 月 日

署名 _____

<文書窓口記載欄>

受付	_____ (3713)	<input type="checkbox"/> 申込時支払い	<input type="checkbox"/> 後日支払い
算定	_____ / No. _____	<input type="checkbox"/> 受取時支払い	<input type="checkbox"/> 支払無
連絡	_____ /	<input type="checkbox"/> 退院時精算	
交付	_____ / (窓口 ・ 郵送)	<input type="checkbox"/> 郵送による請求	