文 書 交 付 申 込 書（診断書・証明書等）

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	普通診断書 ・ 入院証明 ・ 通院証明 その他（　　）※ 様式名称等をご記入ください	部　数	部
診 療 科		担当医	
記載期間	平成 ・ 令和　　年　　月　　日 ～ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
連絡事項			

受取方法	窓口受取（平日のみ） ・ 郵送受取 □ 普通郵便 （切手代 110 円） □ レターパックプラス（600 円）追跡有・対面受取 □ 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 ✔を入れ、署名をお願いします。）

□ 診断書・証明書等の作成は、料金のお支払いを確認してからとなります。

□ 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。
特に、小児神経科については 1～2ケ月程度の日数を要します。

□ 診断書等の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。

□ 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。

以上のことに同意します。

※ ご不明な点がありましたら、文書受付窓口にてお問い合わせください。　署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）

算定 ＿＿＿＿＿＿ ／ No.＿＿＿＿

連絡 ＿＿＿＿＿＿ ／

交付 ＿＿＿＿＿＿ ／ （ 窓口 ・ 郵送 ）

□ 申込時支払い　□ 後日支払い
□ 受取時支払い　□ 支払無
□ 退院時精算
□ 郵送による請求

R7.8.6 改定