

文書交付 申込書

代理人（患者さまのご家族を含む）によるお申込み・お受取りの場合は、委任状と身分証明書が必要です。
ただし、患者さまが未成年による保護者手続きの場合は、委任状は不要です。

患者情報	フリガナ 氏名	生年月日 大・昭・平 年 月 日
	住所 〒	TEL

依頼内容	申込日 令和 年 月 日	区分 入院・外来・他院
	書類名	部数 部
	記載期間 昭・平・令 年 月 日 ~ 年 月 日	
	連絡事項等	

申込者が患者さまご本人の場合は、記載不要です。

代理申込者	フリガナ 氏名	続柄
	住所 〒	TEL

受取方法	<input type="checkbox"/> 本人受取	出来上がりの連絡 <input type="checkbox"/> 要
	<input type="checkbox"/> 代理人受取 ※いずれも受取りは平日のみとなります	<input type="checkbox"/> 不要
		連絡先TEL 氏名 続柄()

- ・医師の判断により、文書を作成できない場合もございます
- ・文書に記載すべき内容によっては、確認のためにあらためて診察が必要になる場合がございます
- ・文書を作成した後に、患者さまのご都合による記載内容の変更・再発行はできません
- ・お申込み後、お渡しまで 約3~4週間お待ちいただきますが、病状によってはそれ以上の日数を要する場合がございます
- ・お受取り時には、文書交付申込書の控えを必ずご用意ください
代理人がお受取りになる場合は、上記に加えて委任状と本人確認ができる証明書を必ずご用意ください

上記に同意し、申込みます

署名 _____ (印)

令和 年 月 日 上記の文書を受取りました

署名 _____ (印)

特定医療法人 天臣会 松尾病院 文書受付 9:00~17:00 (土・日・祝日、休診日を除く) TEL 093-471-7721(代)

【受付記載欄】

受付 / (印) 連絡 / 最終処理 / (印)
備考