診断書・証明書等申込書

診察券No.		男・女	生　年　月　日
フリガナ			大・昭・平・令
患者氏名			年　月　日
患者住所	〒	TEL	
		携帯電話	
フリガナ		患者との続柄	□本人　□配偶者 □親　□子 □兄弟姉妹
申込者氏名			
申込者住所	〒	TEL	
		携帯電話	
証明期間	年　月　日 ～　年　月　日		
書類を依頼する診療科	内科・循環器内科・消化器内科・呼吸器内科・外科・整形外科・脳神経外科・産婦人科・小児科・耳鼻いんこう科・泌尿器科・眼科・皮膚科・放射線科・精神神経科・形成外科・心臓血管外科・脳神経内科・リハビリテーション科・呼吸器外科・腎臓内科・救急科・歯科・歯科口腔外科		
担当医師	医師		
診断内容		部数	通
書類完成時連絡先	患者宅・申込者宅・その他（　様　TEL　）		
受付日	年　月　日	受付者	

・書類完成まで3週間ほどお時間を頂きますが、遅れる場合もございますのでご了承ください。

・書類が完成次第、窓口受付時間内に書類係から上記連絡先へご連絡いたしますが、窓口受付時間内に連絡がつかない場合は、備考欄へその旨をご記入ください。

・書類をお受け取りの際は、窓口受付時間内に3初診窓口へこの申込控と身分証明書（運転免許証等）を持参してください。

＜備考＞

横須賀市立総合医療センター　医事課　書類係　TEL　0570-032630

窓口受付時間　（月～金）8:30～17:00　（土）8:30～12:30

病院使用欄	医事課	外来	医師	外来	スキャナーセンター	医事課
担当者名						
受付月日	/	/	/	/	/	/