

# 文書申込書

## ① 患者さんのお名前

診察券番号	
フリガナ	
患者氏名	

## ② お申込者のお名前

フリガナ	
申込者氏名	
患者さんとのご関係 ( )	

## ③ ご依頼の文書・申込枚数

ご依頼の文書の種類		申込枚数	枚
-----------	--	------	---

※ご依頼の文書に所定の用紙がございましたら、こちらの文書申込書と一緒に郵送ください。

## ④ 文書をご依頼いただく診療科・医師名

診療科名	科	医師名	
------	---	-----	--

## ⑤ 証明が必要な期間（いずれかにご記入ください。）

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日

## ⑥ ご連絡先

ご連絡先	電話1	-	-
	電話2	-	-

※お申し込みいただいた内容について確認が必要な場合は、当院からご連絡させていただきます。

## ⑦ 郵送先

ご住所	(〒 - )
-----	--------

※記載等ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

宮城県立こども病院 医事課 文書受付

電話 022-391-5111 (代) (内線1022) (平日8:30~17:00)