

証明書申し込み用紙

Certificate Application Form

フリガナ		性別 Gender	
対象者氏名 Full Name			
生年月日 Date of Birth	西暦 年 月 日	年齢 Age	
診療科 Dept.		担当医 Attending Dr.	
受診日 Date of Visit	西暦 年 月 日	受診No.	

※ご本人様確認の為、必ず公的な身分証明書をお持ち下さい。お忘れの場合はご対応致しかねます。
Valid ID required for identity verification. Services cannot be provided without it.

依頼者氏名 Full Name		続柄 Relationship	
--------------------	--	--------------------	--

受診者様ご本人以外の方が依頼する場合は別途委任状が必要です。ご自身の依頼の場合、記入は不要です。
In case the claimant is not the patient his or her authorization is required.

必要な証明書に「✓」を入れてください。

生命保険診断	簡易保険診断	診療所書式診断書
診療情報提供書 (紹介状)	画像データCD-R	健診結果表再発行
その他 ()		

目的・提出先の記入をお願いします
※内容によってお断りさせていただくこともございます

- 証明書の申し込みは原則来所にて承ります。・証明書は有料での発行となります。
- 郵送での受け取りを希望される場合はお申込みの際にスタッフにお伝えください。郵送料金を別途頂戴します。
- 発行まで約2週間程度お時間を頂戴しますが、都合により前後します。予めご了承ください。

お問合せ先: 社会医療法人生長会ベルクリニック コールセンター 072-224-1717(月~土 9:00~16:00)

< スタッフ記入欄 >

受付	ワークシート	依頼先	作成担当	最終処理
/	/	/	/	/
部署	部署	部署	部署	部署
印	印	印	印	印

料金 (済 ・ 未 ・ 無)

円