

申込日：西暦 年 月 日

APPLICATION FOR DOCUMENTS  
証明書申込み用紙

フリガナ				性別 (Sex.)	男 (male)	女 (female)
受診者ご氏名 (PATIENT'S NAME)						
生年月日 (BIRTH DATE)	西暦	年	月	日	年齢 (age)	才
診療科 (DEPT.)			担当医 (PHYSICIAN)			
該当日(健診受診日) (PERIOD OF CONSULTATION)	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。無い場合は対応致しかねます事をご了承下さい。

In case the claimant is not the patient his or her authorization is required  
受診者(患者)ご本人以外の方は委任状が必要となります

依頼者ご氏名 (CLAIMANT'S NAME)			続柄 (RELATIONSHIP)	
依頼者住所 (ADDRESS)	〒			
	①TEL	( )	②TEL	( )

必要文書に○をつけて下さい。

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)
フィルム依頼(※CDRIにて提供)	検査結果成績表再発行	その他	

目的・提出先の記入をお願いします  
※内容によりましてはお断りさせていただくこともございます

- ・証明書は基本来所(外来受診)にて手続き、発行いたします。 ※証明書は有料での発行となります。
- ・完成した証明書を郵送希望(有料)であれば来院された際にお手続きをお願いいたします。
- ・書類作成には、2週間ほどかかりますが、場合によってはそれ以上かかる場合がございますのでご了承下さい。
- ・お問合せは、平日 午前9時より午後5時までにお願いたします。

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

※スタッフ記入欄

依頼日	依頼先	作成担当	最終処理
/	/	/	/
部署	部署	部署	部署
印	印	印	印

文書料金 (済・未・無)  
円

文書管理番号：