

郵送用

# 依頼状

申込日：令和 年 月 日

産業医科大学病院 御中

患者ご本人	診察券番号	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	〒
	電話番号	※日中連絡の着く電話番号をご記入ください。 — —

※患者ご本人の身分証明書のコピーを添付してください。

(身分証明書：運転免許書、パスポート、健康保険証等)

依頼者が患者と異なる場合は下記にご記入いただき、依頼者の身分証明書のコピーを添付してください。

なお、依頼者が患者、親権者、後見人以外の場合は委任状が必要です。

依頼者	氏名	(続柄： )
	住所	〒
	電話番号	※日中連絡の着く電話番号をご記入ください。 — —

下記の文書の作成・受取を依頼します。

診療科	科	主治医	医師
交付文書名及び記載内容			計 通

受取方法	来院 ・ 郵送
郵送の際の送付先	患者ご住所 ・ 依頼者ご住所