

郵送用

依 頼 状

申込日： 年 月 日

産業医科大学病院 御中

必ずご記入下さい。

患者ご本人	診察券番号	
	氏名	
	生年月日	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下さい。 — —

患者以外の方がご依頼される場合は、下記もご記入下さい。

依頼者が、患者ご本人・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	※日中連絡できる電話番号をご記入下さい。 — —

【必要書類】

患者ご本人：身分証明書のコピー

患者以外の方：患者ご本人及びご依頼者の身分証明書のコピー

※身分証明書は、**運転免許証、パスポート、マイナンバーカード**等です。

下記の文書の作成・受け取りを依頼します。

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】 希望する方法に☑を付けて下さい。

- 来 院 (控えをお渡ししますので、病院1階5番医療文書受付窓口にお越しください。) → 受け取りに来られる方：患者ご本人・依頼者・その他 ()
- 郵 送 (患者ご住所 ・ 依頼者ご住所)

※お受け取りに来られる前に、出来上がり確認の電話をしてご来院下さい。