郵送申込用チェックリスト

診断書申込み書郵送時、この書類を必ず同封してください

診療番号・患者氏名をご記載いただき、以下必要事項のご記載・□のチェックをお願いします。
（書類が不足していると、依頼をお受けできません）

診療番号		患者氏名	

必要な書類　チェックリスト	チェック
①診断書類等作成申込書 赤枠内は要記載。受取後の内容修正は有料です。	□
②記載してもらいたい書類の原本様式(診断書類等作成申込書「②一般診断書」以外) 依頼間違いにならないよう必ず同封下さい。	□
③同意書（申込者がご本人以外の場合）	□

④送付先　郵送受け取りの場合、必ず記載ください。

ご住所・お名前（このまま郵送ラベルとして使用します）

ご住所　〒　　－

お名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

以下チェックをお願いします。チェックがない場合依頼をお受けできない場合があります。

申込後のキャンセルができないことに同意しました	□
申請書類が病院到着後、完成までに約3週間かかることに同意しました	□
書類料金の先払いに同意しました（身体障害者意見書・障害年金診断書以外）	□
完成書類受け取り後の内容修正は有料であることに同意しました	□

依頼時送付先　診断書類等受付窓口(平日8:30~17:00)　電話番号　075-751-4700
申込時の封筒に貼付してご利用ください。

キリトリ

606-8507

京都市左京区聖護院川原町54

京都大学病院医学部附属病院
診断書類等受付窓口　御中

【診断書申込在中】

キリトリ