

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(申込者をご本人以外の場合)			☐
④送付先 <u>郵送受け取りの場合、必ず記載ください。</u> 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。

申し込み後のキャンセルは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。(請求書が後日届きます) ★現金の送付はしないでください。	☐
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	☐
★ <u>エクスプレス会計、ラク〜だ会計ご利用の方のみ①か②に記載ください</u>	
①ラク〜だ・エクスプレスでの料金の引き落としに同意します	☐
②ラク〜だ・エクスプレスでの料金引き落としはいたしません	☐

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