

# 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のでご注意ください。)

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 ※記載例を参照いただきご記載ください。受取後の内容修正は有料です。			<input type="checkbox"/>
②記載を希望される書類の原本 (診断書類等作成申込書「②一般診断書」以外) ※依頼内容の誤りを防ぐため、必ず同封してください。			<input type="checkbox"/>
③同意書 (申込者がご本人以外の場合)			<input type="checkbox"/>
④送付先 <u>郵送受け取りの場合、必ずご記載ください。</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	〒      ー		
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。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
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) ★現金の送付はご遠慮ください。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>

エクスプレス会計、ラク～だ会計ご利用の方は、①か②をお選びください。

①エクスプレス会計・ラク～だ会計での料金の引き落としを希望します。	<input type="checkbox"/>
②エクスプレス会計・ラク～だ会計での料金引き落としは希望しません。	<input type="checkbox"/>

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 0570-030-311 \*ナビダイヤルに接続します。ガイダンスに従ってお進みください。

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 宛

【診断書申込在中】

キリトリ

←申込時の封筒に貼付してご利用ください。