

## 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。		<input type="checkbox"/>
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。		<input type="checkbox"/>
③同意書 (申込者をご本人以外の場合)		<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。

申込後のキャンセルが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 (身体障害者意見書・障害年金診断書以外)	<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"/>

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