

诊断书申请表

診断書申込書

申请日 受付日	年 / 月 / 日
------------	-----------

请填写粗框里的内容。

		ID	
患者姓名 (患者氏名)		是否需要邮寄? (郵送希望)	
		是 (有) (普通 / 简易挂号信件) 普通 簡易書留	
		否 (無)	
生日 生年月日	年 / 月 / 日	性别 性別	男性 / 女性 男性 女性
现住址 現住所			
电话号码 連絡先			
除上述以外希望联络的电话号码 上記連絡先と異なる場合	联络人姓名 (連絡先名) ()		
申请者姓名 申込者	与患者的关系 (続柄) ()		
负责医生 担当医師	诊疗科 (診療科) : 医生姓名 (医師氏名) :		

申请资料种类 申込書類	(份) 通
备注 特記	

- ①完成所需资料需要一周到10天。但是，根据情况有可能需要更长的时间。
 ②如果您选择普通邮寄方式接收所需资料，我们不负责邮件的丢失或破损等。
 ③当您的所需资料完成以后，我们会通过以上的电话号码联系您。接到电话以后，请持此申请书的附件到我院的资料窗口领取。

领取资料时间	相泽医院 工作日 AM8:45~PM7:00
	相泽东医院 工作日 AM9:00~PM5:00

- ④从申请日开始，超过一年还不来领取的情况，我们会废弃您所需的资料，请须知。
 ⑤关于资料的问询请通过以下信息联系我们。

问询受理时间	周一~周五 AM9:00~PM5:00
社会医疗法人財団慈泉会	相泽医院 TEL0263-33-8600 转 7784・7785
社会医疗法人財団慈泉会	相泽东医院 TEL0263-33-2500