各種証明書発行申込書

 令和　　 年　　 月　　 日

１．申込者

診察券番号

受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日

連絡先

２．申込書類

[ ]  診断書（指定様式　　有　・　無） 　　　　　　　　　　 通

[ ]  意見書（傷病手当金・休業補償付） 　　　　　　　　　　通

[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 通

３. 証明期間

 　　　　　年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日

４．通院日の記載　　不要　　・　　要

　　　　 年　　　月　　　日 ～　　　年　　　月　　　日

５．受け取り方法

　　 [ ]  窓口受け取り

　[ ]  郵送

受取代理人：氏名　　　　　　　　　　続柄(　　　　)

６．注意事項

・書類のお渡しは、申し込み日より通常２週間～３週間程いただいております。

・書類受け取り時は、『本状申込書（写）』、『診察券』、『公的証明書(運転免許証等)』を窓口へご提示ください。

・当財団では、個人情報保護の観点から、原則、受診者ご本人からのご依頼・受取りをお願しております。

・ご本人以外の方が、お受け取りになる場合は、必ず『本状申込書（写）』と『承諾書』、『代理人様の顔写真付き公的証明書』をお持ちください。なお、代理人様の公的証明書はコピーを取らせていただきます。

・お問い合わせ：医事課　平日9:00～16:00　電話043－246-8664

承　諾　書

令和　　 年　　 月　　 日

公益財団法人ちば県民保健予防財団

総合健診センター長 　　　 様

私は、下記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請及び受取りについて、承諾いたします。

記

代理人氏名：

代理人住所：

電話番号（自宅・携帯）：

※代理人の方は免許証・パスポート等、記載事項を確認できる顔写真付きの公的証明書をお持ちください。

受診者氏名（自署・押印）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

受診者住所：

電話番号（自宅・携帯）：

本状は記載日より3ヵ月以内にお持ちください。

本状は原本のみ有効です。