

必要な証明書にレ点チェックをお願いします

英文 治療内容証明書 健康診断証明書 予防接種証明書 申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな お名前	男・女	西暦	年	月	日生	歳
お名前のローマ字表記						
ご住所 〒						
ご住所のローマ字表記 ※書類に必要な場合						
自宅電話番号：() -				携帯番号：() -		
会社様宛等の 領収書をご希望の方	宛名					
その他 連絡事項 (必着日等)						

来院なしで郵送希望の場合

■現金書留で郵送

同封する物

- 書類代 1通5,000円
- 申込書 (この用紙) ※印刷できない場合は上記内容を記載した用紙
- 返信用封筒 (宛名記入、切手貼付)
- 診断書、証明書の指定用紙 (ある場合)
- 証明に必要な診断内容、検査結果、処方内容のコピー
- 予防接種証明書の場合、母子手帳のコピー

(ご本人の氏名、生年月日、予防接種の記載のある全てのページ)

※現金書留に必要な書類が入らない場合、別封筒で郵送して下さい

当クリニックに届き次第、数日で返送いたします

お急ぎの場合、速達封筒をご用意して下さい

おおこうち内科クリニック 〒495-0015 愛知県稲沢市祖父江町桜方上切6-7

TEL:0587-97-8300, FAX:0587-97-8301