

# 証明書発行依頼書

年 月 日

阪神北広域こども急病センター  
センター長 様

(フリガナ)

依頼者氏名: \_\_\_\_\_

患者様続柄: ( )

下記の通り、証明書の発行を依頼します。

## 記

### 1、必要な証明書(✓をご記入下さい)

<input type="checkbox"/> 来院証明書	<input type="checkbox"/> 領収証明書
--------------------------------	--------------------------------

### 2、提出先

提出先	提出理由

### 3、患者様情報

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	歳 ヶ月
住所	(〒 - )	電話番号	
		自宅 ( )	—
		携帯 ( )	—
保険証NO		センター受診日	年 月 日

お問合せ先: 阪神北広域こども急病センター 事務局

〒664-0015 伊丹市昆陽池2-10 TEL072-770-9901(平日9:00~17:30)