

診断書等作成申込書

申込日 20 年 月 日

申込児童 (申込者) の 情報	ふりがな			
	氏名		生年月日	年 月 日
	性別	男 ・ 女	電話番号 ()
	現住所			
依頼者 (受取人)	<input type="checkbox"/> 本人			
	<input type="checkbox"/> 家族	氏名	続柄 () 電話番号 (
	<input type="checkbox"/> 関係者	※第三者様からのお申込みには 氏名 _____		身分証明書のご提示が必要です 電話番号 (
		機関名	_____)	

◎郵送での受取りをご希望の方は、ご相談ください。当園では原則、レターパックによる郵送を行います。

診断書等名 (初回・更新)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状)	_____	通	
	<input type="checkbox"/> 就学診断書	_____	通	
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書	_____	通	
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書	_____	通	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳診断書	_____	通	
	<input type="checkbox"/> 意見書 ()	_____	通
	<input type="checkbox"/> その他 ()	_____	通
担当医師名		受取り希望日		
_____ 医師		20 年 月 日		
様式		提出〆切り日		
有 ・ 無		20 年 月 日		

- ◎ 作成には定められた文書料金をいただきます。
- ◎ お申し込み後のキャンセルはできません。
- ◎ 完成後の追記依頼もお受けできません。
- ◎ 作成まで 2 週間程度、いただきます。

同意して、申し込みます。

<問い合わせ先>

鳥取県立鳥取療育園 地域支援担当

TEL:0857-29-8889

午前9時～午後5時

月曜日～金曜日(土日祝を除く)

受付者	
-----	--