

# 診断書記載依頼用紙

自治医科大学附属病院 移植外科

書類原本がお手元がない場合はこの用紙をご利用ください。

下記項目を記入し、必ず返信用封筒（切手貼付・住所記載）を同封のうえ医局宛お送り下さい。

書類記入には2週間ほどお時間をいただく場合もありますこと、ご承知おきください。

送付先：〒329-0498栃木県下野市薬師寺3311-1自治医科大学移植外科 小林一恵 宛

書類名		
受給者番号		
有効期限		
氏名		
ID（診察券番号）		
原疾患名		
生年月日		
出生時に住民登録をした場所	都道府県	市区町村
出生体重/出生週数	出生体重 g	出生週数：在胎 週 日
就学就労状況	就学前、小中学校、特別支援学校、高校、大学、就労、未就労かつ未就学、その他（ ）	
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし あり（ 級）
	療育手帳	なし あり
	精神障害者福祉保健手帳（障害者手帳）	なし あり（ 級）
受領方法/期日	次回外来受取（ 月 日）	返送（ 月 日必着）

通信欄

--