

# 新型コロナウイルスワクチン接種不能診断書 交付申込書

下記、「患者情報欄」「診断書発行申込み欄」にご記入後、

FAX (03-4333-0803) またはメール添付 (mail@jscsf.net) にてお送りください。

**金額：11,000 円（研究協力費）をお振込み確認後、担当医師を紹介します。**

**振込先：PayPay 銀行 ビジネス営業部 普通 2519873 日本先進医療臨床研究会 宛て**

## ※注意事項

- ・身体上の理由がない方は受付できかねます。
  - ・診断書の発行可否は、診察の上、担当医が決定します。
  - ・発行期間について：最短で1ヶ月以上お待ちいただける方のみ受付しております。  
(オンライン診療予約枠の関係で、診察が数ヶ月先になる場合もございます。)
  - ・担当医ご紹介後の研究協力費返金は、行っておりません。
- ご了承の上、お申し込み下さい。

(患者情報欄) 「※必須項目」

申込日 年 月 日

氏名 (必須)	フリガナ	生年月日	年齢	性別
	(〒 - ) 西暦 年 月 日			男・女
住所 (必須)	フリガナ (〒 - )			
連絡先 (必須)	TEL 携帯(必須) / メール(必須)			
紹介者	※紹介者がいる場合は、ご記入ください 氏名： 所属： / 電話番号			
病名 症状 など (必須)	ワクチンを接種できない身体上の理由をご記入ください。			
連絡 事項 (必須)	証明書の利用用途、その他連絡事項をご記入ください。			

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

(診断書発行申込欄) ※当会にお申込み後、担当医療機関をご紹介します。

医療機関にて、別途 診察料や診断書料が発生します。

費用：日本語及び英語の診断書発行にかかる費用は、3万円前後です。

申込	製品名・必要経費など	単価(税込)	個数
✓	研究協力費 (11,000 円)	11,000 円	1
	合計	11,000 円	

## 【担当医療機関記入欄】

【特記事項】		