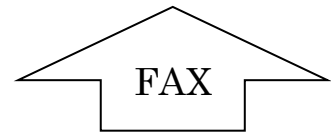




03-4333-0803

(FAX送信してください)



新型コロナワクチン接種不能診断書 交付申込書

下記、ご記入後、FAX 送信してください。

金額：3,300 円（医療機関連携費）を下記へお振込みください。

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

(患者情報欄)

申込日 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別
		西暦 年 月 日		男・女
住所	フリガナ			
	(〒 -)			
連絡先	TEL			
	携帯 / メール			
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	病名（部位）・症状など：			
連絡事項	証明書を希望する理由、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。

(証明書発行申込欄)

※各診断書の単価は、紹介医療機関にて発生する金額です。

申込	製品名・必要経費など	単価(税込)	個数
	(日本語) 新型コロナワクチン接種不能診断書 (※オンライン診察・予約料・郵送料含む)	約 12,000 円	
	(英語) 新型コロナワクチン接種不能診断書 (※オンライン診察・予約料・郵送料含む)	約 13,000 円	
	(日本語) 再発行 (文言変更) (※郵送料含む)	3,850 円	
	(英語) 再発行 (文言変更) (※郵送料含む)	4,950 円	
✓	医療機関連携費 (3,300 円)	3,300 円	1
合計		3,300 円	

【担当医療機関記入欄】

【特記事項・医師所見】		
-------------	--	--

担当医師	(氏名)	(医療機関名)
------	------	---------