



**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**

**【注意事項】お申し込みから診断書発行までは、3週間程度、お時間を頂戴しております。**

**3週間以内に発行をご希望の場合は、受付できませんので、ご了承下さい。**

**下記、ご記入後、FAXにてお送りください。**

**金額：3,300円(医療機関連携費)を下記へお振込み後、担当からご連絡します。**

**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) 「※必須項目」**

申込日 年 月 日

|              |                             |             |    |     |
|--------------|-----------------------------|-------------|----|-----|
| 氏名<br>(必須)   | フリガナ                        | 生年月日        | 年齢 | 性別  |
|              |                             | 西暦<br>年 月 日 |    | 男・女 |
| 住所<br>(必須)   | フリガナ                        |             |    |     |
|              | (〒 - )                      |             |    |     |
| 連絡先<br>(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：<br>所属： / 電話番号           |             |    |     |
| 病名           | 病名(部位)・症状など：                |             |    |     |
| 連絡事項<br>(必須) | 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) ※当会にお申込み後、担当医療機関をご紹介します。各診断書の単価は、**

**紹介先 医療機関のオンライン診療時に発生する金額(クレジット決済)の目安です。**

| 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<br>(※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<br>(※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】**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|