

入院患者さま 証明写真撮影 申込書

証明写真撮影について

料 金

¥1,320 (税込)

料金に含まれるもの

撮影・証明写真 4 枚

所 要 日 数

5 ～ 7 日 (※混雑状況および患者さまの容体により、延長することがございます。)

留
意
事
項

- ・ 当院では、患者さまの個人情報について、利用目的の達成に必要な範囲を越えた個人情報の取り扱いはいたしません。また、撮影データは院内の機器にて管理し、患者さま・ご家族への提供後は、速やかに削除いたします。そのため、増刷等を希望される場合は、改めてお申込みください。
- ・ 可能な限り各種申請に適切な規格で撮影いたしますが、医療上やむを得ない理由がある場合、交付申請書に具体的理由を記載しなければならない場合がございます。
(例) 寝たきり、身体や顔に麻痺のある方、顔の正面からの撮影が困難な方、視線が定まらない方、目が開けられない方、車椅子やチューブが写り込んでしまう方 など
- ・ ご利用料金のお支払いは、定期請求に加算させていただきます。
- ・ 写真データをご希望される場合は、メールにて送信いたします。メール規制の設定により、当院からのメールを受信できない場合がございます。事前に当院ドメイン「@ims.gr.jp」を受信リストに加えていただきますよう、お願いいたします。

お 申 込 み 内 容

ご希望の用途

☐

マイナンバーカード用 (写真サイズ 4.5 cm × 3.5 cm)

☐

障害者手帳用 (写真サイズ 4 cm × 3 cm)

証明写真撮影を上記の料金および内容にて申込します。

年

月

日

患者さま

フリガナ

氏名

病棟

A1 ・ A2 ・ A3 ・ A4

D2 ・ D3 ・ D4 ・ D5 ・ D6

※入院されている病棟に○をお付けください。

申込される方 (兼送付先)

フリガナ

氏名

続柄

住所

〒

電話番号

—

—

携帯電話

—

—

メール (データでの送付を希望される場合)

@

受取方法

☐ 来院

☐ 普通郵便 (別途 ¥ 110)

☐ レターパック (別途 ¥ 430)

☐ データ



西仙台病院