

医療券交付依頼書

令和 年 月 日

恵庭市教育委員会 様

(申請者) 住 所 恵庭市

氏 名

学校名	①	②	
受診児童生徒名	生年月日 平・令 年 月 日	生年月日 平・令 年 月 日	
学校名	③	④	
受診児童生徒名	生年月日 平・令 年 月 日	生年月日 平・令 年 月 日	
受診医療機関情報 (一覧より該当する 番号を記載)	①	受診予定日	
	②		令和 年 月 日
	③		令和 年 月 日
	④		令和 年 月 日
※一覧に無い場合は医療機関名を記載			令和 年 月 日

・医療機関一覧

番号	医療機関	住 所	電 話	備 考
1	恵庭ふじたクリニック	黄金中央1丁目4-3	29-7037	中学生以上
2	くどう内科循環器内科クリニック	白樺町1丁目1-2	35-1800	12歳以上(中学生)
3	恵庭第一病院	福住町1丁目6-6	34-1155	13歳以上(中学生)
4	恵み野駅いとが整形外科	恵み野里美1丁目1-4	35-2600	13歳以上(中学生)
5	恵み野内科循環器クリニック	恵み野北3丁目1-1	37-4646	11歳以上
6	たかはしかえ内科・循環器クリニック	恵み野里美1丁目1-5	33-8800	9歳以上
7	岡田内科小児科医院	恵み野西6丁目20-1	37-1414	
8	かたおか循環器内科クリニック	黄金中央1丁目13-5	35-1200	
9	カリンバこどもクリニック	黄金南5丁目3-8	39-3900	
10	福原医院	島松東町3丁目1-15	36-8029	
11	恵み野耳鼻咽喉科クリニック	恵み野西2丁目2-16	36-1000	
12	恵み野病院	恵み野西2丁目3-5	36-7555	
13	石川こどもクリニック	漁町45	34-3335	
14	恵庭みどりのクリニック	緑町1丁目5-3	32-6766	
15	恵庭南病院	住吉町2丁目4-14	32-3850	
16	産婦人科・小児科クリニック[リブ]	住吉町1丁目8-10	32-0181	
17	なかじま耳鼻科クリニック	相生町133	39-3387	