

# 罹患証明書

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

上記疾患により、

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで

休養・加療を要するものと証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ ㊞