

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 _____ ㊞