証明書　　　　　　　　　　　年　　組　　番

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 　県　　　　　　市　　　　　　　街　　　　　　番地 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　生 |
| 傷 病 名 |  |
| 初診月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 上記疾患のため平成　　　年　　月　　日より平成　　　年　　月　　日まで　　　日間、安静加療を必要と認めます。医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |