

医師が証明する欄

意見および装具装着証明書

患者氏名		生年月日 (該当する元号に☑)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 歳
傷病名			入院外来の別 (該当する方に☑)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

上記傷病の治療のため平成 年 月 日に

の装着の必要を認め

平成 年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師の氏名

