

(様式3)

証 明 書

氏名		男・女	平成	年	月	日	生まれ	歳
病名								
適要	1. 上記の病気が完治しました 2. 上記の病気のため、今後 日間の療養・自宅安静を要する 3. その他							
上記の通り証明する								
年 月 日								
医療機関名					医師名	印		
住 所								
電 話 番 号								