

# 傷病証明書

支給番号

□□ - □□□□□□ - □

住所

氏名

生年月日 年 月 日生

傷病等の状態 及びその程度	
傷病等のため職 業に就くことができ なかったと認めら れる期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間

上記のとおり証明します。

年 月 日

公共職業安定所長 殿

所在地

医師又は  
診療担当者名

印

(注) 14日以内の傷病のため認定日等に安定所に来所できなかったときに医師に証明していただくものです。