

治療用装具装着証明書

被災者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳
傷病名							

上記傷病の治療のため 令和 年 月 日に

_____の装着の必要を認め

令和 年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

電話番号

医師の氏名

_____ (印)
