

傷病証明書

氏名

住所

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	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで

上記のとおり証明します。

令和 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