|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |