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