

傷病証明書

本人記入欄	支給番号	—
	フリガナ	
	氏名	
	住所	電話番号 () —
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日

医師または診療担当者記入欄	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 令和 年 月 日 まで 日間
	現在の状態	就労可能 就労不可能

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

神戸運輸監理部長 殿

所在地

医師または
診療担当者