

傷病証明書

支給番号

□□ - □□□□□□□□ - □

住所

氏名

生年月日

年

月

日生

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	年 月 日 から <div style="text-align: right;">日間</div> 年 月 日 まで

上記のとおり証明します。

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

印