

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 日間 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