

通院（入院）証明書

通院(入院)者	氏名	
	住所	
病名・負傷名		
通院(入院)の 状 状	通院期間	年 月 日 通院開始 年 月 日 通院終了(完治)予定
	通院頻度	週 回程度 または 月 回程度
	入院期間	年 月 日 入院
		年 月 日 退院予定
通院の場合 日常生活の 概況	<input type="checkbox"/> 症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならない。 <input type="checkbox"/> 病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。 <input type="checkbox"/> 病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。	
その他特記事項		

上記のとおり相違ないことを証明します。

那珂川町長 様

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在 _____

医師名 _____ (印)

電話番号 _____