

# 証明書

患者の氏名	殿	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 女
住 所						入院 外来
病 名						
上記の病名により 令和 年 月 日に の装着の必要を認め .....						
装具装着確認日 令和 年 月 日						

上記の通り証明致します

令和 年 月 日

医療機関所在地

医師

印