

医 証

患 者 名 _____

上記の者、(病名) _____ により、

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
の期間、加療を要したことを証明します。

令和 年 月 日

病 院 名 _____

担当医名 _____ 印 _____

※ 上記の医証の記入は任意です。