



(別紙)

証 明 書

患者氏名

生年月日

年

月

日生

年 月 日から

1 医療を行った期間

年 月 日まで

2 当該医療の治療方法

3 医療の術式（外科手術等）

4 変更を必要と認める理由

上記の医療を行ったことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

医師氏名