

証 明 書

年 月 日

墨 田 区 長 様

(医療機関)

所在地

名 称

印

電 話

下記の者は、入院中であり、当病院指定のおむつを使用していることを証明します。また、当入院病床(病棟)は、介護療養型施設ではありません。
なお、当病院は紙おむつの持ち込みをすることはできません。

記

お む つ 使 用 者

住 所

氏 名