

医師が証明する欄

意見及び装具装着証明書

患者氏名

生年月日

年 月 日 生

入院外来の別
(該当する方に○)

入院 外来

傷病名

上記傷病の治療のため 年 月 日に

の装着の必要を認め

年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師の氏名