

治療用装具用

## 意見および装具装着証明書

医 師 の 証 明 す る 欄	患者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳
	傷病名				入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
<p>上記傷病の治療のため 平成・令和 年 月 日に</p> <p>_____ の装着の必要を認め</p> <p>平成・令和 年 月 日に装着した。</p> <p>以上、証明いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								