

# 証 明 書

\_\_\_\_\_年 番

氏 名

生年月日

年

月

日

病 名

上記疾病にて

平成 年 月 日より

月 日までの期間自宅療養を指示する。

以上 証明致します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印