

証 明 書

年 組 氏名

生年月日 平成 年 月 日生

診 断 名

休養すべき期間 自 令和 年 月 日 ()

至 令和 年 月 日 ()

その他注意事項

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 印