

装具証明書

患者氏名	(年 月 日生)		
傷病名	入院外来の別 (該当する方に☑)	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来
<p>上記傷病の治療のため _____年 _____月 _____日に</p> <p>_____の装着の必要を認め</p> <p>_____年 _____月 _____日に装着した。</p> <p>以上証明いたします。</p> <p style="text-align: center;">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>			