

証 明 書

患者住所

生年月日 年 月 日生

氏 名

上記の者は 年 月 日 から

病 名

により（入院・外来）治療中の

もので、装具療法として

装 具 名

の装着を必要とすることを証明

します。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称

医 師

装 具 装 着 証 明 書

上記診断による装具を装着したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称

医 師