

## 診 療 証 明 書

住所 .....

氏名 .....

生年月日            年        月        日生 (        歳)

傷病名 .....

上記の患者は、        年        月        日 当院で診療したことを、  
証明します。

年        月        日

所在地 .....

医療機関名 .....

医師名 .....