

入院通院証明書

日本勤労者山岳連盟 新特別基金制度運営委員会

(請求用)

傷病者	住所															
	氏名					生年月日					年 月 日 歳					
傷病名及び受傷部位																
受傷の原因																
入院治療																
自		年 月 日 至			年 月 日 (日間)			一回目					
自		年 月 日 至			年 月 日 (日間)			二回目					
通院治療																
自		年 月 日 至			年 月 日			内治療実日数(日)					
					治癒			治癒見込			転医 治療中止					
実際に通院治療を受けた日に 印をつけて下さい。																
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

上記の通り診断いたしました。

20 年 月 日

病院名 _____

所在地 _____

医師名 _____

電話番号 _____