入 院 通 院 証 明 書

日本勤労者山岳連盟　山岳事故対策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） 年　月　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〇印をつけて下さい。	
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
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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿