

受診証明書

フリガナ 対象者氏名		生年 月日	年 月 日
現住所	陸前高田市		
病歴等	病名等		
	通院	年 月 日～	年 月 日
	入院	有（ 年 月 日～ 年 月 日） 無	
	待機宿泊の 必要性有無	有 無	
その他参考 となる意見			

上記のとおり医療機関での健診又は診療が必要であることを証明します。

年 月 日

医療機関 名称

所在地

主治医 氏名

㊞