

病院受診証明書

氏名 _____

住所 _____

病名または状態

必要であれば

検査結果 _____

薬剤 _____

自宅安静期間

_____年 月 日～ _____年 月 日（ _____日間）

上記のとおり証明します。

_____年 月 日

施設名

住所

電話番号

医師名

印

横浜中央看護専門学校