証　明　書（療養器材）

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 被災職員氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 傷 　病 　名 |  |
| 必要とする療養器材 |  |
| 必要とする理　　由 |  |
| 頭書の患者に関し、上記のとおり療養器材の使用の必要を認めます。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　印　　  |