

第2号様式(第3条関係)

入 院 証 明 書

住 所
氏 名
生年月日

上記の者は(病名)
年 月 日まで当

により 年 月 日から
に入院していたことを証明します。

年 月 日

名 称
所在地
電 話
医 師 氏 名