自宅療養証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | フリガナ |
|  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
|  |  |
| 傷病名 |  |
| 発症日 | 年　　　月　　　日 |
| 療養期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 特記事項 |  |

上記のとおり証明いたします。

年　　月　　日

（証明者）

名　称：

所在地：

TEL　：