発行日：　　　　　年　　月　　日

**自宅療養証明書**

下記の通り証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| **治療方法** |  |
| **その他** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 証明日： | 年　　　月　　　日 |
| 証明者： | （名　称） |
|  | （所在地） |
|  | （電　話） |