**自宅療養証明書**

1.　証明を受ける者

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名** | フリガナ |
|  |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日生 |
| **住所** | 〒 |
| **連絡先** |  |

2．　傷病について

|  |  |
| --- | --- |
| **傷病名** |  |
| **発症日** | 年　　　月　　　日 |
| **療養期間** | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| **経過** |  |

上記のとおり証明します。

証明日：　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 証明者 | |
| **名称** |  |
| **所在地** |  |
| **電話番号** |  |