

# 通 院 証 明 書

所 属	〇〇町総務課	認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇〇〇																											
氏 名	青森 甲夫	傷 病 名	右下腿骨骨折																											
通 院 方 法	汽 車	バ ス	タ ク シ ー																											
通 院 日	4 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 5 日													
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31												
	5 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 5 日													
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31												
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 5 日													
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31												
	タ ク シ ー 利用 の 場 合	<p>4.24 } 右下肢をギブスで固定し歩行困難であった</p> <p>4.27 }</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">             タクシー利用の場合は領収書を貼付してください。         </div>																												
	備 考																													
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和〇〇年 5 月 6 日</p>																													
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">病院又は診療所の</td> <td style="width: 5%; border: none;">{</td> <td style="width: 65%; border: none;">所在地 〇〇町〇〇二丁目 39-4</td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">名 称 〇〇整形外科医院</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">担当医師 〇〇 〇〇</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>																		病院又は診療所の	{	所在地 〇〇町〇〇二丁目 39-4			{	名 称 〇〇整形外科医院			{	担当医師 〇〇 〇〇	
	病院又は診療所の	{	所在地 〇〇町〇〇二丁目 39-4																											
		{	名 称 〇〇整形外科医院																											
	{	担当医師 〇〇 〇〇																												

(注) 実際に診察のため、通院した日に○印を付すること。