

(鹿児島市医師会作成例資料)

証 明 書

氏名 _____

平成 年 月 日生

病 名 _____

上記疾患で、平成 年 月 日より当院に通院療養中です。

現在症状が軽減し、平成 年 月 日から集団生活に支障は
ないと思われます。

平成 年 月 日

医療施設名 _____

医 師 名 _____ 印