

就業不能証明書 (事務的証明書)

1, 患者氏名/ 患者生年月日	/ 昭和・平成 年 月 日
2, 傷病名	
3, <u>上記傷病の</u> 初診日	令和 年 月 日
4, 就業不能と 認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

上記のとおり相違ありません。

証明日

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師名

電 話

印

※医療機関で医師の証明を受けてください。