

様式第1号

証 明 書

住 所

氏 名

上記の者は、下記の理由により、歩行が困難な者であることを証明します。

(理由)

(通院期間)

年 月 日 から

年 月 日 まで

年 月 日

医療機関名

(担当医師)

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。