証　　　　明　　　　書

　　　住 所

　　　氏 名 　　　　　　　 様

　　　 生年月日 　 　年 　　月 　　日生

　　　傷 病 名

　　　上記傷病のため 　　　　　　　　　　 着装の

　　必要あることを認めます。

　　　 　　 　年 　月 　　日

　　　 医療機関所在地

　　　 医師

　　　 ＴＥＬ