

A.病院書式診断書・証明書内容確認書

患者氏名_____様

【住所】

〒 _____

【提出先】

☐ 勤務先 ☐ 学校 ☐ 保険会社 ☐ 行政機関 ☐ 航空(旅行)会社 ☐ 警察・裁判所

☐ その他_____

【記載内容】

<input type="checkbox"/> 入院期間	① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 ③ 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 通院期間	① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 ③ 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 労務不能期間	① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 ③ 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 入院見込み期間	
<input type="checkbox"/> 復職・復学証明	復職・復学予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 復職・復学時注意事項(<input type="checkbox"/> 就労時間 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 搭乗許可証明	
<input type="checkbox"/> 搭乗不可証明	
<input type="checkbox"/> その他の要望事項 内容によりご希望に添えないこと もございますので予めご了承ください	