

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(□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	