

# 看護証明書

所 属		認 定 番 号	
氏 名		傷 病 名	
入 院 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
付添看護を必要とした期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
看護人の種別	1 看護師 2 准看護師 3 看護補助者 4 家族 被災職員との続柄 ( )		
付添看護を必要とした理由(病状等をできるだけ詳細に記載してください。)			
看護人の住所・氏名			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日  医療機関の { 所在地 { 名 称 { 担当医師 (印)			
家族が付添った場合	看護師等が得られなかった具体的理由  年 月 日  申立人(被災職員) { 住 所 { 氏 名		