

## 個室等証明書

所 属		認 定 番 号	公 災 通 災	-
氏 名		傷 病 名		

上記の者は当院に入院中の下記期間

理由

ため、  
上級室  
個室  
に収容したことを証明します。

記

年 月 日から  
年 月 日まで  
日間

年 月 日

医療機関の { 所在地  
名 称  
担当医師

㊤