

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

平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで 日間

平成 年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
担当医師

印