

医 療 機 関 証 明 書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

次のとおり精神障害の治療を行ったことを証明します。

診療月	年 月	受診者氏名	
診療科目		生年月日	年 月 日生
病 名		入院年月日	年 月 日
入院日数	日	退院年月日	年 月 日
保険総点数	点	証明手数料	円
<div>年 月 日</div> <div>医療機関 所在地</div> <div>名 称</div> <div>代表者</div>			