証　明　書

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

病　名

上記疾病にて

平成　　年　　月　　日より

月　　日までの期間自宅療養を指示する。

以上　証明致します。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　印