

証 明 書

受診者	
住 所	
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日

入院期間	年 月 日～ 年 月 日
疾病名	

上記受診者について、精神疾患により入院していることを証明します。

年 月 日

医 療 機 関
(精神病床を有する病院)

所在地

名 称

氏 名

印