

労働災害・交通事故にかかる
通院・入院証明書

通院者 または 入院者								
通院日数 (具体的に)	月	日	日	日	日	日	日	
	月	日	日	日	日	日	日	
	月	日	日	日	日	日	日	
							計	日
入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日						計	日

上記記載事項が事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

大府商工会議所 御中

(事業所)

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

電 話 _____