

* 6 医師の証明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

（報告者の氏名）

.....については上記のとおりであると認めます。

平成 年 月 日

医療機関の { 所在地
 { 名称
 { 医師の氏名

⑩