

# 付添看護証明書

御中

平成 年 月 日発生 of 自動車事故により受傷し  
当病院で加療した患者 ( 才 ) 殿  
の治療中、下記の通り付添看護が必要であったことを証明します。

記

付添期間	年 月 日より 年 月 日まで 日間
付添人住所	
付添人氏名	
患者との続柄	

平成 年 月 日

所在地

名称

担当医師名

印

