

傷病証明書

申請番号

住 所

氏 名

傷病の状態、名称及びその程度

初診年月日

平成 年 月 日

傷病の状態にあったと認められる期間

平成 年 月 日 ~

平成 年 月 日

傷病の状態にあったと認められる日の翌日において就労可能であることを証明します。

平成 年 月 日

診療機関の所在地及び名称

診療担当者氏名

Ⓜ

(電話)

公共職業安定所長殿

(求職者支援訓練用)