

三大疾病診断書（証明書）

氏名		生年月日	(西暦)	年	月	日
傷病区分	↓ 該当するものに○を記入してください。					
	<input type="checkbox"/>	悪性新生物				
	<input type="checkbox"/>	上皮内新生物				
	<input type="checkbox"/>	急性心筋梗塞				
	<input type="checkbox"/>	脳卒中（脳血栓・脳塞栓・脳内出血・くも膜下出血）				
診断確定日	(西暦)	20	年	月	日	

上記のとおり証明します。

証明日： 20 年 月 日

病院または
診療所の

所在地

電話番号

名称

医師氏名

印