

(第2号様式)

長期療養証明書

NO. - -

患者	氏名		男	生年 月日	年 月 日
			女		
病名					
入院予定期間 (どちらかに記入を お願いします)	<input type="checkbox"/> 5日以上の入院を要する。 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日～平成 年 月 日				
上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 京都府知事 山田啓二様 医療機関所在地及び名称 担当医師氏名 印					