

完全装着証明書

1. 装着装具品名

2. 患者

(1) 氏名

(2) 住所

(3) 育成医療受給者証番号 第 号

(4) 病名

3. 完全装着年月日 年 月 日

4. 供給人(装具作成販売者) 住所

氏名

上記患者に対する装具が完全に装着したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関 所在地

名称

医師氏名