都支部様式第４３号

看　護　証　明　書

認定番号	～

所　　属		傷病名	
氏　　名			
看護の区分	□ 看護師　□ 准看護師　□ その他 □ 家　族（被災職員との続柄　　）		
看護を必要とした期間	平成　年　月　日から平成　年　月　日まで		日間
入院期間	平成　年　月　日から平成　年　月　日まで		日間
基準看護の有無	□ 有　□ 無		
看護を必要とした理由（病状等をできるだけ詳細に記載してください。）			
家族又はその他の場合看護師等が得られなかった理由			
備　　考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

医療機関の
- 所在地
- 名　称
- 担当医師　㊞

注　基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。