

看 護 証 明 書

認定番号

所 属		傷病名	
氏 名			
看 護 の 区 分	<input type="checkbox"/> 看 護 師 <input type="checkbox"/> 准 看 護 師 <input type="checkbox"/> そ の 他 <input type="checkbox"/> 家 族 (被災職員との続柄)		
看護を必要とした 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
入 院 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
基準看護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 2em;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>所 在 地</p> <p>名 称</p> <p>担 当 医 師</p> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">(自署又は押印)</p>			

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。