

治療証明書

(病院に様式を持って行き、必要事項を記入してもらい証明をもらう)

(鹿児島市あいご会見舞金)

被害者	住 所
	氏 名 (男 女) (昭 和 平 成 令 和) 年 月 日 生
受傷の日時	令和 年 月 日 時頃
傷病名 (1) (2) (3)	
初 診 日	令和 年 月 日
治療終了日	令和 年 月 日
上記のとおり証明いたします。 令和 年 月 日 住 所 医院名 医師名	
(印)	

あいご会活動中におきた事故については昭和53年度に鹿児島市医師会において了承済みにつき、本治療証明書は無料にてお願いします。