

(第2号様式)

長期療養証明書

NO. - -

患者	氏名		男	生年	年 月 日
			女	月日	
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"/> 令和 年 月 日～令和 年 月 日				
上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 京都府知事 様 医療機関所在地及び名称 担当医師氏名 印					