

医 療 等 の 状 況

氏 名		男 ・ 女	年 月 日生
傷 害 名			
診 察 開 始 日	年 月 日	診 療 実 日 数	日
	治 療 継 続 中 (左記欄にチェックを入れてください)		
治 療 終 了 月 日	年 月 日	入 院 日 数	日
<p>上記のとおりです。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関所在地および名称</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p>			

◎この用紙は秋田県保育協議会へ見舞金を請求するために使用するものです。

(注) 診察開始から終了まで月毎に区分しないで継続して記入願います。