

労働者災害補償保険  
証 明 書

|         |       |       |
|---------|-------|-------|
| 承 認 番 号 |       |       |
| 労 働 者   | 住 所   |       |
|         | 氏 名   |       |
| 義肢・装具の  | 種目、個数 |       |
|         | 製作年月日 | 年 月 日 |
| 製 作 業 者 | 住 所   |       |
|         | 氏 名   |       |

当院の採型指導により製作された上記義肢・装具は、本人に最も適合していることを証明します。

平成 年 月 日

(〒 )

住 所

---

採型指導医

氏 名

---



(記名押印又は署名)