

第2号様式（第5条関係）

証 明 書（訪問入浴）

住所 _____

氏名 _____（生年月日 年 月 日生）

1 傷病名（症状）

2 感染性疾患の有無

有 ・ 無

有りの場合：感染性疾患名

3 入浴の可否

可 ・ 否

4 入浴についての注意事項

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

（自署又は記名押印）