

補装具必要意見書兼装着証明書

意見書

被災職員の { 住所
氏名

傷病名 _____

上記病名にて加療中であるが、治療上必要のため

[_____]

の装着を要する。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名称
医師

装着証明書

上記意見による装具を _____ 年 月 日に装着したことを
証明する。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名称
医師