

労働災害による入院期間証明書

一般社団法人全国建設業労災互助会 御中

〔医 師住 所

病 院 名

平成 年 月 日

医師氏名

Ⓜ

下記の通り診断いたします。

電 話

被災者	住 所	被災年月日	平成 年 月 日	午前 午後	時	
	氏 名	入 院 期 間	平成 年 月 日から			日間
	生年月日		平成 年 月 日まで			
傷病名および原因・態様						
〔参 考〕 後遺障害が労災級別に該当する場合、その等級 級						