

この証明書は、山梨県医師会・山梨県歯科医師会のご協力により作成いただいております。
 証明書料は事務局負担となります。(2022年4月1日 施行)
 証明書料も病院等でご記入ください。
 交通事故によるけがは対象外ですが、自転車の自損事故のみ親子安全会の対象となります。(2022年4月1日 施行)

山梨県PTA親子安全会

証 明 書

氏 名 (男・女)

生 年 月 日 (西暦で) 年 月 日

住 所 市・郡

事故発生日 (西暦で) 年 月 日

※事故発生日から180日以内の状況をご記入ください。
 180日を超えて記入してある場合は、通院治療回数が調整され減少します。

傷病名 (※必記)				
入院期間	(西暦で) 年 月 日から	(日間)		
	(西暦で) 年 月 日まで			
通院期間	(西暦で) 年 月 日から	(日間)		
	(西暦で) 年 月 日まで			
実質通院 治療回数	回			
診 察 日 (往診も含む)				
後遺症	有	その程度について記入		
	無			
永久歯の完全脱臼か所		8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,	合計
または神経を抜いての治療か所		8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,	本

証明書料 円

上記のとおり証明します。

(西暦で) 年 月 日

・病 院 名

(診療科)

・所 在 地

・電 話 番 号

・医 師 名

印