**施設入所（入院）証明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　　　所（入院）者 | 住　　所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 入所（入院）年月日 |  |

上記の者は、現在、当施設（医療機関）に入所（入院）しており、今後長期間入所（入院）する見込みであることを証明します。

　　　年　　　月　　　日

施設（医療機関）住所

施設（医療機関）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞