様式第3号(第5条関係)

|  |
| --- |
| 証明書  住所  氏名  生年月日　　　　年　　月　　日  (年齢　　　　歳)  　上記の者を診断したところ、次のとおり訪問入浴サービスを受けられる状態であることを証明する。  1　感染性の疾病を有しない  2　入浴(特殊浴槽)の可否　(可・否)  3　治療すべき疾患を有しない  4　その他の特記事項(入浴の注意事項等)              年　　月　　日  　　住所  　　(医療機関)  　　医師 |