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 |