

令和 年 月 日

高齢者施設入浴サービスの利用に係る医師証明書

立川市高齢者施設入浴サービス事業実施要綱（平成12年4月1日市長決定）に基づく施設入浴サービスの提供を受けるに際して、次のとおり証明する。

対象者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

連絡先 _____

○医師記入欄

健康状態

--

書き切れない場合は別紙でも可
対象者の健康状態等から入浴について

☐ 適当

☐ 不適当

と認められることについて証明する。

医師名 _____ 印

自署の場合は、押印を省略することができます。