

おむつ指定証明書

千代田区長 殿

氏 名

住 所

上記の者、当病院入院中・当施設入所中は、指定のおむつ以外は
使用できないことを証明する。

年 月 日

所在地

病院・施設名

印

責任者氏名(サイン)