

この証明書は、山梨県医師会・山梨県歯科医師会のご協力により作成いただいております。  
 証明書料は事務局負担となります。(2022年4月1日 施行)  
 証明書料も病院等でご記入ください。  
 交通事故によるけがは対象外ですが、自転車の自損事故のみ親子安全会の対象となります。(2022年4月1日 施行)

山梨県PTA親子安全会

# 証 明 書

氏 名 (男・女)

---

生 年 月 日 (西暦で) 年 月 日

---

住 所 市・郡

---

事故発生日 (西暦で) 年 月 日

---

※事故発生日から180日以内の状況をご記入ください。  
 180日を超えて記入してある場合は、通院治療回数が調整され減少します

傷病名 (※必記)			
入院期間	(西暦で)	年 月 日から	( 日間 )
	(西暦で)	年 月 日まで	
通院期間	(西暦で)	年 月 日から	( 日間 )
	(西暦で)	年 月 日まで	
実質通院 治療回数	回		
診 察 日 (往診も含む)			
後遺症	有	その程度について記入	
	無		

永久歯の完全脱臼か所	8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,	合計
または神経を抜いての治療か所	8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,	本

証明書料 円

上記のとおり証明します

(西暦で) 年 月 日

・病 院 名  
 (診療科)  
 ・所 在 地  
 ・電話番号  
 ・医 師 名

