

証 明 書

申請者 住 所 日立市 町

氏 名

生年月日 M・T・S 年 月 日生

病 名	老人性白内障
手術年月日	平成 年 月 日
手術箇所	右眼・左眼

上記の手術後の視力矯正のため（補助眼鏡・特殊眼鏡・コンタクトレンズ）の使用を必要と認める。

平成 年 月 日

医療機関 住所又は所在地

名 称

医 師

⑩