

旅費に関する事実証明書

事 実 証 明 書	
申請者	が当.....において.....年 月
.....日より年 月日まで外科後処置を行ったことを証明します。
.....年 月 日	
所在地(〒.....)
TEL(.....)
医療機関又は施設名
代表者氏名

(注) この証明書は、申請者のやむを得ない事情により旅費を概算払いする場合に、当該申請者に交付すること。