

年 月 日

## おむつ指定証明書

港 区 長 様

住 所

患者名

上記患者について、当病院指定のおむつを使用していることを証明する。

(なお、当病院では病院指定のおむつ以外は使用していません。)

所在地

電 話

病院名

印