

証 明 書

八代市長 宛

【住 所】 _____

【氏 名】 _____

【生年月日】 _____

【傷 病 名】 _____

【治療期間】 令和8年 月 日 ～令和 年 月 日（見込みの場合も記入）

☐ 上記については、令和8年熊本地震に起因した負傷であることを証明する。

所在地 _____

病院名 _____

担当医師名 _____ 印