

別紙

証 明 書

No	氏名	所属	所属住所	生年月日
1				

上記の者は血液検査

白血球数 / ℓ

血色素量 g/d ℓ

血小板数 $\times 10/ \ell$

実施した結果、異常のない事を証明します。

令和 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印