

진단서				
주 소	□□□-□□□			
성 명		주민등록번호	□□□□□□-□□□□□□□	
병 명 □ 임상적 □ 최종		예정 치료 기간	입 원	부 터 까 지
			통 원	부 터 까 지
발 병 일	제출처		사립학교교직원 연금관리공단	
담 당 의 사 소 견				
<p>위와 같이 진단함.</p> <p>년 월 일</p> <p>병의원주소 (전화번호:)</p> <p>병의원명 직인</p> <p>(면허번호 호) 의사성명 ㉡</p>				