

치 료 확 인 서

| | | | | | |
|--|--|----|--|--------|--|
| 성명 | | 성별 | | 주민등록번호 | |
| 주소 | | | | | |
| 전화번호 | | | | | |
| 병명 | | | | | |
| 치료 내용 | | | | | |
| 치료기간 | | | | | |
| <p>위와 같이 치료받았음을 확인합니다.</p> <p>발행일 의료기관명 주소 전화 면허번호</p> <p>의사성명 (인)</p> | | | | | |