**診断書**

住所：＠住所＠

氏名：＠患者氏名＠　 （＠性別＠）

生年月日：＠生年月日＠ 　（＠年齢＠歳）

**病名**：＠病名＠

**上記のとおり診断いたします。**

　　＠窓口日付＠

　　　＠所在地＠

　　　真岡市休日夜間急患診療所

　　　ＴＥＬ：0285-82-9910

　　　　　　　　　　　　　医　師：＠診療医師＠　　　　㊞