

証 明 書

一般社団法人 円錐角膜支援の会 殿

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____年____月____日生

上記患者の進行性の円錐角膜に対して以下の日程で
右眼・左眼に角膜クロスリンキングを施行しました。

手術日 右 _____年____月____日

左 _____年____月____日

_____年____月____日

医療機関

住所

名称

電話番号 () -

担当医師 _____ 印