

通院証明書

住所

氏名

上記の方について、次のとおり、人工透析療法受療のため、当院に通院したことを証明します。

該 当 月	通 院 回 数
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回

※前期分は3月～8月、後期分は9月～2月となります。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

管理者名

印