

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
令 和	年	月	回
令 和	年	月	回
令 和	年	月	回
令 和	年	月	回
令 和	年	月	回
令 和	年	月	回

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名 称

管 理 者 名

印