

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