

(第4条関係)

【年2回申請用】

通 院 証 明 書

申請者  
氏 名

上記の者は、当医療機関において、慢性透析療法による医療のため、下記のとおり通院したことを証明します。

記

令和 年 月	日	日	日	日	日	日	日
	日	日	日	日	日	日	日
-----							
令和 年 月	日	日	日	日	日	日	日
	日	日	日	日	日	日	日
-----							
令和 年 月	日	日	日	日	日	日	日
	日	日	日	日	日	日	日
-----							
令和 年 月	日	日	日	日	日	日	日
	日	日	日	日	日	日	日
-----							
令和 年 月	日	日	日	日	日	日	日
	日	日	日	日	日	日	日
-----							
令和 年 月	日	日	日	日	日	日	日
	日	日	日	日	日	日	日
-----							

令和 年 月 日

計 日間

医療機関名

担当医師

