

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

年 月	日 日 日 日 日 日	小計 日間
	日 日 日 日 日 日	
	日 日 日 日 日 日	
年 月	日 日 日 日 日 日	小計 日間
	日 日 日 日 日 日	
	日 日 日 日 日 日	
年 月	日 日 日 日 日 日	小計 日間
	日 日 日 日 日 日	
	日 日 日 日 日 日	
3ヶ月合計	日間	

年 月 日

医療機関名

担当医師

印