

通 院 証 明 書

住 所

氏 名

上記の者について、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

年 月 日

医療機関名

管 理 者 名