

通 院 証 明 書

下記の内容により、人工透析のため通院していることを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名



患 者	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日
通 院 回 数	月 ・ 週 回			

通 院 証 明 書

下記の内容により、 のため通院していることを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名



患 者	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日
通 院 回 数	月 ・ 週 回			