

様式第 2 号（第 4 条関係）

通 院 証 明 書			
人工透析実施者	氏 名		
	住 所		
人工透析開始年月日		年 月 日	
透析を必要とする回数		週に 回又は 日ごとに 回 月 に 回	
当該実施者の透析時間帯		時 分頃から 時 分頃まで	
備 考			
上記のとおり、人工透析のため当院へ通院する必要があることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 印			