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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |