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　　　　　　　　　　㊞　 |