

# 通院証明書

人工透析者 患者	住 所	鏡石町	番地
	氏 名		
人工透析開始年月日	平成 年 月 日		
透析を必要とする回数	週に 回、月に 回、日ごとに 回		
当該患者の透析時間帯	午前 時 分頃から午前 時 分頃まで 午後 時 分頃から午後 時 分頃まで		
備 考			
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地</p> <p>名 称</p>			