

様式第2号(第2条関係)

通 院 証 明 書		
人工 透析 患者	氏 名	⑩
	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 月 に 回
当該患者の透析時間帯	午前 午後	時 分頃から 午前 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 style="text-align: center; margin-top: 20px;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 40px;">医 療 機 関</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">所 在 地</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">_____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">名 称</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ ⑩</p>		