

年 月 日

通 院 証 明 願

様

血液透析療法を受けるため、下記のとおり通院したことを証明願います。

住 所  
氏 名



腎臓機能 障害者	氏名	生 年 月 日					年 月 日		年 齢		歳	
	住所	身体障害者手帳番号					島根県		第		号	
通 院 日	月	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日
		12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日
		23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	月 計	
											日	
	月	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日
		12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日
		23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	月 計	
											日	
月	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	
	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	
	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日	29 日	30 日	31 日	月 計		
										日		
					通 院 日 計							
日												

通 院 証 明 書

透析療法を受けるため、上記のとおり通院したことを証明します。

年 月 日

所 在 地  
医療機関の名称  
院 長 氏 名

