

通 院 証 明 書

人工透析患者	氏 名	
	住 所	
人工透析開始年月日	昭和・平成 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		

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

電話番号

