

様式第3号（第4条関係）

通 院 証 明 書

通院者 住所

通院者 氏名

該 当 月	通 院 回 数
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回
年 月	回

※医療機関の送迎による通院回数は、除いてください。

上記のとおり、当院に通院したことを証明します。

年 月 日

所 在 地

医療機関 名 称

管理者名

印