

(様式第2号)

## 通院証明書

1	患者氏名	
2	患者住所	上水内郡信濃町大字
3	疾患名	
4	治療の状況	

	月別	通院日	回数
月別 通院日 及び 回数	月		
	月		
	月		
	月		

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

