

## 医療機関の証明

患者氏名		
患者住所		
疾患名		
治療の状況		
通院時の際、医療機関 にて無料の送迎車	利用している	利用していない

\*どちらかに○印を記入願います

月 別 通 院 実 績	通院月	通院実績	通院月	通院実績
	年4月		10月	
	5月		11月	
	6月		12月	
	7月		年1月	
	8月		2月	
	9月		3月	

※ 1回以上、人工透析のために通院した月の「通院実績」欄に○印を記入してください。

証明は、          年    月    日までに作成してください

上記のとおり相違ないことを証明します。

年    月    日

医療機関名

印