

通 院 証 明 書

（住所）松江市

（氏名）

上記の方が、人工透析のために当院に週 回通院していることを
証明します。

*なお、当院では受診時の送迎を（行っています・行っていません。）

行っている場合、送迎にかかる受診者負担金 円（1回当たり・1月当たり）

年 月 日

（医療機関）

所 在 地

名 称

医 師 名

㊟