様式第2号（第4条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |