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 |