

通院・通所証明書

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

傷病名 _____

上記の者は、上記疾患にて、 月 回の通院・通所をしていることを証明します。

令和 年 月 日

所在地 _____

名称 _____ 印

担当医師氏名 _____ 印