

# 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