様式第2号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 人工透析患者通院証明書 |
| 対象者 | 氏名 | 　 | 生年月日 |
| 年　　月　　日 |
| 住所 | 　　出雲市　　　　　　　　町　　　　　　　　番地 |
| 医療事項 | 病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　初診年月日今後の通院見込み |
| 　　上記のとおり証明します。　　　　　　年　　月　　日　　出雲市長　　様医療機関住所　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　㊞　　 |