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　　　　　　　　　　㊞ | | | |