

(様式第2号)

長井市人工透析患者通院証明書

年 月 日

(住 所) 長井市

(氏 名)

(年度)

通院月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
通院回数	回	回	回	回	回	回

通院月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
通院回数	回	回	回	回	回	回

上記のとおり人工透析治療のため当院へ通院したことを証明します。

長井市長 様

年 月 日

医療機関の所在地
及び名称
院 (所) 長

印

担当医師様 および 透析担当看護師 様へお願いいたします。

前期・後期分の最終月 (9月・3月)分の証明に関しては、当該月に1回以上の通院が現認されれば、月半ばまでの証明で結構ですので、申請者が証明書を提出した時点の透析の回数を証明して下さいますようお願いいたします。

長井市福祉あんしん課 生活支援係