様式第２号（第４条関係）

通院証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 患者名 |  |
| ２ | 患者住所 |  |
| ３ | 疾患名 |  |
| ４ | 治療の状況 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月別通院日及び回数 | 月　　　別 | 通　院　日 | 回　　数 |
| 月 |  | 回 |
| 月 |  | 回 |
| 月 |  | 回 |
| 月 |  | 回 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　印