

通院証明書

1	患者氏名	
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		
	月		
	月		
	月		

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

印