

年 月 日

下呂市長 様

医療機関 住所
名称
代表者氏名 ㊟

人工透析療養者通院証明書

次のとおり、下記の者が人工透析のため当医療機関に通院したことを証明します。

住 所	岐阜県下呂市								番地
氏 名									
生年月日	年 月 日								
月	通 院 日								計（回）