

通院証明書

(福祉タクシー乗車券支給申請用)

氏名		明治	年	月	日生
		大正			
		昭和			
		平成			
住所	呉市				

上記の者は、以下のとおり、通院治療を継続していることを証明する。

慢性透析療法(血液透析)を実施 / 週 回・1日 時間

年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名