様式第2号(第5条関係)

<table>
<tr><td colspan="3">通　院　証　明　書</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">人工透析開始年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">透析を必要とする回数</td><td>週に　回　又は
日ごとに　回
月に　回</td></tr>
<tr><td colspan="2">当該患者の透析時間帯</td><td>時　分ころから　時　分ころまで</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり、人工透析のため当院へ通院する必要があることを証明します。

年　月　日

所在地
医療機関
名　称</td></tr>
</table>