

通院証明書

令和 年 月 日

殿

病院(診療所名)

所在地

代表者名

印

下記の者は当病院(診療所)に通院していることを証明します。

氏名	
病名	
通院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
通院日数	月に平均 日
その他(特記事項)	