

人工透析患者等	住所	喬木村																
	氏名																	
治療法		人工透析 ・ 腹膜透析 ・ その他																
通院した日	年月	(通院加療した日を○で囲んでください。)																
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関 住所  
 名称  
 代表者名