

通 院 証 明 書

通院者 住 所 厚真町
氏 名

**注 一般の疾病治療について
は、対象外となります。**

※ボールペン等による○印ではなく、病院又は担当医の押印で証明をしてください

7年 10月	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

7年 11月	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

7年 12月	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

8年 1月	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

8年 2月	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			

8年 3月	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

※ 通院（所）日にのみ押印してください。
上記のとおり通院（所）したことを証明します。

令和 年 月 日

病 院 名 住所

医師名又は担当者

氏名

印