

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、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

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

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

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

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

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

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

※ 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 住所
病 院 名
医師名又は担当者