

様式第2号（第4条関係）

尾花沢市人工透析患者通院調書

年 月 日

住 所

氏 名

印

下記のとおり、人工透析療法のため、通院したことを報告します。

記

対 象 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
通院回数	回	回	回	回	回	回
対 象 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月	1 月	2 月	3 月
通院回数	回	回	回	回	回	回

上記のとおり、人工透析療法のため、当医へ通院したことを証明します。

年 月 日

医療機関

住所

名称

取扱担当者名

印