

腎臓機能障害者入院・通院証明書

住所	鹿児島県大島郡伊仙町						氏名	
<p>上記の者については、次のとおり下記目的のため、当院に入院・通院したことを証明する。（入院期間又は受診日に管理者又は医師の確認印を押してください。）</p>								
入院及び診察内容								
入院・通院月		月		入院期間		日間		
				通院日数		日間		
1	2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31		
備考								
<p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>医療機関名</p> <p>管理者又は医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								