

通 院 証 明 書

令和 年 月 日

国 東 市 長 殿

病院（診療所）名

所 在 地

代 表 者 氏 名 印

下記の者は当病院（診療所）に通院していることを証明します。

氏 名	
病 名	
通院予定期間	年 月 日～
通 院 日 数	1 ヶ月間に平均 日
その他（特記事項）	