

通院証明書

（住所）上越市

（氏名）

上記の人が、人工透析のために当院に週2回以上通院したことを証明します。

*助成対象期間内における通院期間

年 月 日 ～ 年 月 日

年 月 日

（医療機関）

住所地

名称

医師名