

様式第 2 号

## 特定疾患患者通院証明書

住 所

氏 名

㊟

上記の者について、次のとおり特定疾患治療のため当院に通院したことを証明します。

該当月	通院回数	該当月	通院回数
平成 2 2 年 3 月	回	平成 2 2 年 9 月	回
平成 2 2 年 4 月	回	平成 2 2 年 1 0 月	回
平成 2 2 年 5 月	回	平成 2 2 年 1 1 月	回
平成 2 2 年 6 月	回	平成 2 2 年 1 2 月	回
平成 2 2 年 7 月	回	平成 2 3 年 1 月	回
平成 2 2 年 8 月	回	平成 2 3 年 2 月	回

平成 年 月 日

医療機関名

管 理 者 名

㊟