

# 通院証明書

患者氏名	(性別 男・女)
生年月日(年齢)	大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)
病名等	
治療見込期間	今後 月・年
通院回数	月平均 回(小数点以下切り上げ)(最近2ヶ月間の実績)
【証明申請者】 (自動車運転者)	住所 氏名 患者との続柄 Ⓜ ( )

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

【証明者】 病院等所在地

名 称

病院等長 名

印

大崎町長 殿