様式第２号（第４条関係）

人 工 透 析 通 院 報 告 書

令和　　年　　月　　日

　鹿角市長　様

住所　鹿角市

氏名

次のとおり人工透析治療のため、医療機関へ通院したことを報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象月 | 月　 | 月　 | 月　 | 月　 | 月　 | 月　 |
| 通院回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

上記のとおり人工透析治療のため、当院へ通院したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関　住　　　　所　秋田県鹿角市花輪字向畑１８

　　　　　名　　　　称　かづの厚生病院　泌尿器科

　　　　　取扱担当者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞