

通院証明書

患者

住所

氏名

生年月日

傷病名

通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
通院中

上記患者は当院に上記傷病により5日以上通院していることを証明します

年 月 日

病院または診療所
所在地

名称

印

医師名

文書発行料

円