

姫路市福祉事務所長 様

平成 年 月 日

患者の 住 所 姫路市

氏 名

印

### 通 院 証 明 書

年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

上記の日に通院治療を受けたことを証明します。(通院した日の欄に認印を押してください。)

平成 年 月 日

病 院 名

担当者氏名

印

認定欄 (ここには書かないで下さい)

--