

## 通院証明書

次の者は、週1回又は月4回以上かつ6か月以上継続して通院している（通院する見込みである）ことを証明します。

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名	
そ の 他 (特記事項)	

北栄町長 様

令和 年 月 日

(証明者)  
医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

⑩

電 話