

様式第2号(第5条関係)

あわら市人工透析患者通院報告書

年 月 日

あわら市長 様

住 所

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。

年 月 日

医療機関 住 所

名 称

取扱担当者名