

年 月 日

小川村長 殿

通 院 証 明 書

疾 患 名 _____

上記疾患の治療のための通院日数

____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日まで ____日

患者氏名 _____ について、上記のとおり通院していることを証明します。

医療機関名

所 在 地

担 当 医 師

㊞