様式第４号（第６条関係）

加賀市福祉タクシー通院証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人工透析患者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 人工透析開始年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 透析を必要とする回数 | 週に　　　　　回 |
| 当該患者の透析時間帯 | 　　　時　　　分頃から　　　時　　　分頃まで |
| その他特記事項 |  |
| 　上記のとおり、人工透析のため当院へ通院する必要があることを証明します。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医　師　名　　　　　　　　　　　㊞ |

**（人工透析患者用）**