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）**