

様式第4号（第6条関係）

# 加賀市福祉タクシー通院証明書

（人工透析患者用）

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		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>		