**通院証明書**

|  |
| --- |
| **通院者　　住所　　宮崎県東臼杵郡椎葉村大字****氏名** |
| **通院月令和　　　年　　　月分（　　　日間）** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **上記のとおり通院したことを証明します。****令和　　年　　月　　日****病院名****医師　　　　　　　 　㊞** |

**注：通院した当該日に,主治医の印を押してください。**