

様式第5号の2(第7条関係)

年 月 日

浜田市長 様

医療機関の名称

所在地

医師名

印

精神障害者通院証明書

次の者が精神疾患治療のため通院したことを証明します。

住所	浜田市 町 番地					
氏名				通院回数	回	
				(四半期分)		
確認印欄	月	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日

※四半期分(4～6月、7～9月、10～12月、1～3月)の通院状況を証明願います。