

年 月 日

[illegible]

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						
氏 名				通院回数 (四半期分) 回		
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。