様式第２号

がん治療受診証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏 名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 病　　　　　　名 |  |  |
|  |
| 治　療　方　法 | 　手術療法　・　化学療法　・　放射線療法　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病歴 | 入院　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで通院　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| その他参考となる意見 | 　 |

上記について、相違ないことを証明します。

　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関　所在地

名　称

代表者又は

主 治 医　氏　名