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