

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。

令和 年 月 日

医療機関 所在地

名称

代表者又は

主治医氏名

印