

様式第2号（第5条関係）

がん治療受診証明書

対象者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	生年月日	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

主治医 氏 名

印