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