

様式第2号(第6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				
病歴	治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 その他 ()		
	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