様式第２号（第５関係）

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  通院 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで  　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞