様式第2号（第5条関係）

がん治療受診証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住　所 | 色麻町 |
| 病名等 | 病　名 |  |
| 治療方法 | 手術療法・化学療法・放射線療法その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入　院 | 有（　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）無 |
| 通　院 | 　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 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　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　主治医　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印