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 |  | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　㊞