

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