様式第２号（別表関係）

がん治療受診証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対 象 者 | 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 |  |
| 病 名 |  |
| 病 歴 | 治療方針 | 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