

がん治療受診証明書

|            |                                      |         |         |     |
|------------|--------------------------------------|---------|---------|-----|
| 対 象 者      | 氏名                                   |         | 性別      | 男・女 |
|            | 住所                                   | 小城市     |         |     |
|            | 生年月日                                 | 年 月 日   |         |     |
| 病 名        |                                      |         |         |     |
| 治療方法       | 手術療法（術名： ）<br>化学療法 ・ 放射線療法<br>その他（ ） |         |         |     |
| 病歴         | 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