

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： ） 化学療法 ・ 放射線療法 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