

様式第2号(第5条関係)

がん治療受診証明書

対象者	氏名	
	住所	〒
	生年月日	
病名		
治療方法	手術療法・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)