様式第２号（第６条関係）

がん治療受診証明書

対象者	氏　　名	
	生年月日	大正 ・ 昭和 平成　　年　　月　　日
病　　名		
治療方法	治療方法	□手術　□放射線　□化学療法 □その他（　　）
	入　　院	年　月　日　～　年　月　日
	通　　院	年　月　日　～　年　月　日
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　住　　所

名　　称

主治医氏名