

がん治療受診証明書

対象者	氏 名	
	住 所	大鰐町大字
	生年月日	年 月 日
病 名		
治療方法		手術療法 ・ 放射線療法 ・ 化学療法 ・ 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

医療機関名 所在地

名 称

主治医 氏 名