

がん治療受診証明書

対象者氏名			生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	平内町			
病 歴	病 名			
	治療方法	手術療法・放射線療法・化学療法・ その他 ()		
	入 院	有 (年 月 日～ 年 月 日) 無		
	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 名 称

所在地

主治医 氏 名

㊞