

がん治療受診証明書

助成対象者	氏 名		性 別	男・女			
	住 所						
	生年月日	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