

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
 主治医 名称
 氏名

印