

様式第2号（第5条関係）
が ん 治 療 受 診 証 明 書

対 象 者	氏 名						
	住 所						
	生年月日						
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 名 称
所在地
主治医 氏 名

(署名又は記名押印)