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 | 一戸町 |
| 生年月日 | 昭・平・令　　　　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