

様式第2号（第5関係）

がん治療受診証明書

| | | | | |
|----------------|------|----------------------------|----------|---------------|
| 対象者氏名 | | | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 平泉町 | | | |
| 病 歴 | 病 名 | | | |
| | 治療方法 | 手術療法・化学療法・放射線療法 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

⑩