

様式第2号(第5条関係)

が ん 治 療 受 診 証 明 書

対象者	氏 名		性 別	男・女
	住 所	七ヶ宿町字		
	生年月日			
病 名				
病 歴	治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 その他 ()		
	入 院	年 月 日から	年 月 日まで	
	通 院	年 月 日から	年 月 日まで	
その他の参考となる意見				

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