

がん治療受診証明書

対象者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	一関市		
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	※抗がん剤治療を行った場合は、抗がん剤の名称を記載してください。 乳房切除等を行った場合は、手術名を記載してください。		

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