

がん治療受診証明書

助成対象者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	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				
通院 年 月 日 から 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 所在地

名 称

主治医 氏 名

印