

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