

様式第2号（第5条関係）

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	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