

がん治療受診証明書

助成 対象者	氏名						
	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

