

様式第2号(第5条関係)

## がん治療受診証明書

※ 医療機関記入欄

対象者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和
	氏名			年 月 日 ( 歳)
	住所			
病名				
病歴	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	入院期間	有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 無		
	通院期間	年 月 日 ~ 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 名称

所在地

主治医氏名

⑩