

がん治療受診証明書

対 象 者	氏 名	
	住 所	軽米町大字
	生年月日	昭・平・令 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