

様式第2号（第6条関係）

が ん 治 療 受 診 証 明 書

対 象 者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	川崎町		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
病 名				
病 歴	治療方法	手術療法・化学療法・放射線療法 その他（ ）		
	入 院	年 月 日から 年 月 日		
	通 院	年 月 日から 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 所在地

名 称

主 治 医 氏 名

印