

が ん 治 療 受 診 証 明 書

対 象 者	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	住 所				
	生 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	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