

がん治療受診証明書

助成対象者	氏名	
	住所	利府町
	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		

上記のとおり、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