

が ん 治 療 受 診 証 明 書

対象者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	生年月日			
治療状況	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 その他()		
	入院	～		
	通院	～		
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。

令和 年 月 日

医療機関 住所

名称

主治医 氏名

印