

がん治療受診証明書

治療対象者	氏名		性別	
	住所	かつらぎ町		
	生年月日	年	月	日
病歴	病名			
	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 ・ その他 ()		
	入院	年	月	日
	通院	年	月	日
所見の有無	脱毛	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>
	乳房の変化	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>
その他参考 となる意見				

上記のとおり、がん治療を実施したことを証明します。

年 月 日

かつらぎ町長 様

医療機関 住所

名称

主治医 氏名

※主治医氏名については、署名又は記名押印してください。

※医療機関が発行する証明書でも代替可能です。