

がん治療受診証明書

対 象 者	氏 名	
	住 所	〒
	生年月日	
病 名		
病 歴	治療方針	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線治療 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

㊟