

様式第 2 号(第 5 条関係)

がん治療受診証明書

助成対象者	氏名		性別	男・女				
	住所							
	生年月日	年 月 日						
<table border="1"><tr><td>病名</td><td>_____</td></tr><tr><td>治療方法</td><td>手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 ・ その他 ()</td></tr></table>					病名	_____	治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 ・ その他 ()
病名	_____							
治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 ・ その他 ()							
備考								

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