

が ん 治 療 受 診 証 明 書

対 象 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	美郷町		
	生年月日	年 月 日		
病 名				
病 歴	治療方法	手 術 ・ 放射線 ・ 化学療法 その他（ ）		
	入 院	年 月 日 ～ 年 月 日		
	通 院	年 月 日 ～ 年 月 日		
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

㊞