

がん治療受診証明書

対象者	氏名	
	住所	〒
	生年月日	
病名		
治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 その他（ ）	
病歴	入院	年 月 日から 年 月 日
	通院	年 月 日から 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

印

※記名押印に代えて署名することができます。