

がん治療受診証明書

治療対象者	氏名	
	住所	〒 ー 紀美野町
	生年月日	年 月 日
病歴	病名	
	治療法	☐ 手術 ☐ 放射線(部位：) ☐ 化学療法 ☐ その他()
	入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	通院機関	年 月 日 ～ 年 月 日
所見の有無	脱毛	有 ・ 無
	乳房の変化	有 ・ 無
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

紀美野町長 様

医療機関 所在地

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任意の証明書でも代替可能です。