

がん治療受診証明書

治療対象者	氏名	
	住所	〒 - みなべ町
	生年月日	年 月 日
病歴	病名	
	治療法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線（部位： ） <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
所見の有無	脱毛	有 ・ 無
	乳房の変化	有 ・ 無
その他の意見		

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

みなべ町長 様

医療機関名 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。