様式第２号（第５条関係）

がん治療受診証明書

治療対象者	氏名	
	住所	〒　　－ 御坊市
	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

御坊市長　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。