

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	日まで
	通院	年	月	日から	年	月	日まで
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