様式第２号（第５条関係）

がん治療受診証明書

<table>
<tr><td rowspan="3">対 象 者</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>治療方法</td><td colspan="2">手術療法　・　化学療法　・　放射線療法
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>病　　歴</td><td colspan="2">入院　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
通院　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他参考となる意見</td><td></td></tr>
</table>

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