

様式第2号（第6条関係）

が ん 治 療 受 診 証 明 書

治療対象者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所			
	生年月日	年	月	日
病 歴	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 その他（ ）		
	入 院	年	月	日 ～ 年 月 日
	通 院	年	月	日 ～ 年 月 日
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

川棚町長 様

医療機関 住所

名称

主治医 氏名

※医師が手書きしない場合は、記名押印してください。
※保険医療機関が発行する証明書でも代替可能