様式第１号（第５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

 　　　波佐見町長 様

医療機関 住所

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。

※保険医療機関が発行する証明書でも代替可能です。