

様式第2号（第6条関係）

がん治療受診証明書

年 月 日

塩 竈 市 長 殿

医療機関 所在地  
名 称  
主治医氏名 印

下記について、相違ないことを証明します。

記

対象者	氏 名		性別	男・女
	住 所	塩竈市		
	生年月日	年 月 日		
病 名				
病 歴	治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 その他（ ）		
	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				