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 | |  | | |