様式第２号（第５条関係）

がん治療受診証明書

治療対象者	氏名	
	住所	
	生年月日	年　　月　　日
病歴	病名	
	治療方法	□　手術　　□　放射線（部位：　　）　□　化学療法 その他（　　）
	入院期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
	通院期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
所見の有無	脱毛	□　無　　□　有　　※どちらかに☑
	乳房の変化	□　無　　□　有　　※どちらかに☑
その他意見		

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

古座川町長　宛

医療機関　　所在地

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。

※医療機関が発行する任意の証明書や治療方針計画書等の再発行でも代替可能です。