様式第２号（第５条関係）

がん治療受診証明書

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">病歴</td><td>治療方法</td><td colspan="3">手術療法　・　化学療法　・　放射線療法
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>入院</td><td colspan="3">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>通院</td><td colspan="3">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>その他参考となる意見</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記について、相違ないことを証明します。

年　月　日

医療機関　所在地

名　称

主治医　氏　名　　印