

がん治療受診証明書

年 月 日

千代田区長 様

(医療機関)	住 所
	名 称

(主治医) 氏名

(署名または記名押印 氏名が自署の場合は押印省略可)

下記のとおり、がん治療を実施したことを証明します。

対 象 者	氏　名	
	住　所	
	生年月日	年　　　月　　　日
がんの部位又は名称		
が ん の 治 療 状 況	治療方法	☐ 手術療法　手術日：_____ 手術方法：_____
		☐ 化学療法　投与日：_____ 薬剤名：_____
		☐ 放射線療法　実施日：_____ 部　位：_____
		☐ そ の 他 （ _____ ）
	直近の入院期間	_____～
	直近の受診日	_____
特記事項		