

が ん 等 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、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
傷 病 名		
治 療 状 況	治 療 方 法	<input type="checkbox"/> 手術療法 手術日： 手術方法： <input type="checkbox"/> 化学療法 投与日： 薬剤名： <input type="checkbox"/> 放射線療法 実施日： 部 位： <input type="checkbox"/> そ の 他 ( )
	直近の入院期間	～
	直近の受診日	
特 記 事 項		