がん治療受療証明書

年　　　月　　　日

鳥取市長　様

（　医療機関　）

住所

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　下記のとおり、がん治療を実施したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療対象者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| がんの部位又は名称 | |  |
| 治療方法 | □手術療法 | 手術日：　　　年　　　　月　　　　日 |
| □化学療法 | 年　　　　月　　　　日～ |
| □放射線療法 | 年　　　　月　　　　日～ |
| その他参考となる意見 | |  |