

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

印

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	<input type="checkbox"/> 手術療法	手術日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 化学療法	年 月 日～
	<input type="checkbox"/> 放射線療法	年 月 日～
その他参考となる意見		