

様式第2号（第6条関係）

がん治療受診証明書

治療対象者	氏名			性別	男・女
	住所				
	生年月日	年 月 日			
病歴	治療方法	手術・放射線・化学療法 その他（ ）			
	入院	年 月 日～年 月 日			
	通院	年 月 日～年 月 日			
その他参考 となる意見					

上記のとおり、がん治療を実施したことの証明します。

年 月 日

対馬市長 様

医療機関 住所

名称

主治医 氏名

※主治医氏名については、署名又は記名押印してください。

※保険医療機関が発行する証明書でも代替可能です。