

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を証明します。

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。