様式第２号（第５条関係）

が　ん　治　療　受　診　証　明　書



　上記について、相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞