様式第２号（第５条関係）

がん治療受診証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療対象者 | 氏　　名 |  | 性別 |  |
| 住　　所 | 高野町 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 病　　　歴 | 病　　名 |  |
| 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 |
| 所見の有無 | 脱　　毛 | □　有　　　　□　無　　※どちらかに☑ |
| 乳房の変化 | □　有　　　　□　無　※どちらかに☑ |
| 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

高野町長　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。

　　　　　　　　　　　　※医療機関が発行する証明書でも代替可能です。