

様式第2号（第5条関係）

がん治療受診証明書

* 次の事項について証明をお願いいたします。

医療 機 関 記 入 欄	受診者 氏 名	
	受診者 生年月日	
	証 明 内 容	1 がん治療による脱毛 2 がん治療による乳房切除

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 所在地

名 称

医師名

印