

がん治療受診証明書

年 月 日

松島町長殿

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

下記について、相違ないことを証明します。

対象者 (児)	(ふりがな) 氏名		性別	男・女
	住所	〒 松島町		
	生年月日	年 月 日		
病名				
病歴	治療方法	手術・放射線・薬剤 その他（ ）		
	入院	年 月 日から	年 月 日まで	
	通院	年 月 日から	年 月 日まで	
その他参考となる意見				