

様式第2号（第5関係）

年 月 日

金ヶ崎町長 様

医療機関 名称  
所在地  
医師 氏 名

がん治療に関する証明書

次のことについて、事実相違ないことを証明します。

対象者	氏名		生年月日
			年 月 日
	住所		
病名			
治療方法	化学療法 ・ 放射線療法 ・ 手術療法 その他（ ）		
医療用補正具を必要とする理由 （□にレをつけてください）	<input type="checkbox"/> 治療の副作用として脱毛が認められるため <input type="checkbox"/> 乳房切除術を受けたため		