

様式第2号(第5条関係)

がん治療受療証明書

対象者	氏名	
	生年月日	年 月 日
証明内容	1 がん治療の副作用による脱毛 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
主治医 氏名

印