

つくばみらい市がん患者アピアランスケア支援事業助成金に係る証明書

次の事項について、証明をお願いします。

医療機関記入欄	受療者氏名			
	受療者生年月日	年	月 日	
	病名			
	治療方法	手術療法(術名：) 化学療法 ・ 放射線療法 その他()		
	病歴	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				

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