

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

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、事実と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（ ）	
医療用補整具を必要とする理由 （□にレをつけてください）		☐ 治療の副作用として脱毛が認められるため ☐ 乳房切除術を受けたため	