

様式第2号（第4条関係）

令和 年 月 日

奥州市長 宛

医療機関 名称

所在地

医師 氏 名

⑩

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	奥州市	
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		