

様式第 3 号（第 5 条関係）

奥州市長 宛

医療機関 所在地
名称
医師 氏名



がん等の病状に関する証明書

次のとおり、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			
治療内容 (該当の□にレを付けてください)		☐ がん治療を受けた又は現に受けている者 ☐ 疾病により免疫抑制剤による治療を受けている者 ☐ その他 ()	