

がん治療受療証明書

年 月 日

鳥取県知事 様

医療機関（医療機関名及び住所）

医師名 _____ ㊟

（署名又は記名押印）

下記のとおり証明します。

| | | |
|--|--|-------------|
| 治療対象者 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| がんの部位又は名称 | | |
| 治療方法 | <input type="checkbox"/> 手術療法 | 手術日： 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 化学療法 | 治療日： 年 月 日～ |
| | <input type="checkbox"/> 放射線療法 | 治療日： 年 月 日～ |
| | <input type="checkbox"/> その他の治療方法 () | 治療日： 年 月 日～ |
| その他参考となる意見 | | |
| ※その他の治療方法の場合は、その治療方法と脱毛の因果関係を記載してください。 | | |