

(参考様式)

がん患者補正具購入に関する証明書

鹿島市長 松尾 勝利 様

対象者	氏名		性別	
	住所	鹿島市		
	生年月日			
病名				
治療方法	手術療法 化学療法 ・ 放射線療法 その他 ()			
補正具を必要とする理由 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 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			

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

※医師氏名の記載は必須とします。