

(参考様式)

がん患者補正具購入に関する証明書

対象者	氏名		性別	男・女
	住所	佐賀県嬉野市		
	生年月日	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 (□に✓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。

嬉野市長 様

令和 年 月 日

所在地 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印

代理記入者氏名 _____ 印

職名 _____

連絡先 _____

※1 医師氏名の記載は必須とします。

2 医師が記入できない場合、代理の者（医療社会事業士等）が記入できると
とします。

3 氏名を自署したときは、押印を省略することができます。