

様式第6号（第5関係）

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			
	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。

北上市長 様

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。