

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。