記入例

様式第6号(第5関係)

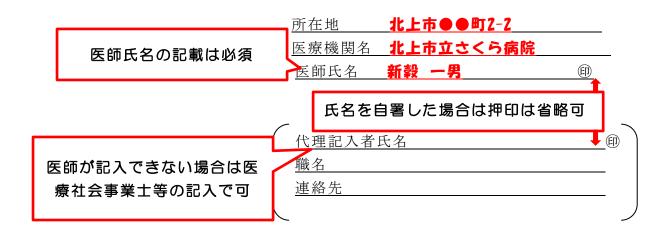
がん患者補正具購入に関する証明書

			氏	名	北上 江子	性別	男女
対	象	者	住	所	北上市新穀町一丁目4番1		
			生年	月日	昭和 35 年 4	18	日
病		名	左	乳癌			
治	療 方	法	手術その	療法他(化学療法 放射網	療法	
補正具を必要とする理由 (□に √ をつけてください)			☑ 治療の副作用として脱毛が認められるため □ 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

令和5 年 4 月 3 日



- ※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)が記入できること 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。