

様式第6号（第5関係）

がん患者補整具購入に関する証明書

対 象 者	氏 名	
	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（ ）	
補整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。